

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**ASSOCIAÇÃO DA EMPATIA E DO ESTRESSE OCUPACIONAL COM O
BURNOUT EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Dissertação de Mestrado

João Paulo Pinheiro

**Porto Alegre,
Abril de 2018**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**ASSOCIAÇÃO DA EMPATIA E DO ESTRESSE OCUPACIONAL COM O
BURNOUT EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Dissertação de mestrado apresentada
como exigência para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia, sob orientação do Prof.
Dr. Eduardo Augusto Remor.

João Paulo Pinheiro

**Porto Alegre,
Abril de 2018**

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos profissionais
da atenção primária em saúde
brasileira.

AGRADECIMENTOS

Ao meu amor, Fê, pela paciência, incentivo, consolo, interesse e cumplicidade sem os quais esse trabalho não teria sido possível.

Aos meus pais, irmãos, cunhados e sobrinhos, pelo exemplo, pelo constante apoio, pela valorização dos meus estudos em qualquer fase da vida e também por me lembrarem de que existem muitas coisas valiosas com que me importar além do mestrado.

Aos profissionais da secretaria de saúde e das gerências distritais que apoiaram e divulgaram esse estudo e a todos os trabalhadores que responderam e/ou repassaram a pesquisa.

À imprescindível Juliana Sbicigo pela forma sensível e interessada de dar suporte nas análises e na escrita.

À UFRGS, ao PPG Psicologia e à CAPES por me proporcionarem a bolsa e a oportunidade de realizar o mestrado.

Aos admiráveis profissionais da APS que cruzaram o meu caminho, com menção especial ao pessoal da Unidade Jardim ITU, que além de ter participado do estudo piloto realizado, me ensinaram muito sobre fazer saúde em equipe e com os usuários.

Ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e à professora Rosemarie Tschiedel pelas primeiras lições sobre a importância da APS.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Psicologia da Saúde – GPPS pelo carinho e ao meu orientador, professor Eduardo Remor, pelas lições sobre como ser um pesquisador e também sobre como lidar com a diferença.

SUMÁRIO

Dedicatória.....	2
Agradecimentos	3
Sumário	4
Lista de Tabelas e Figuras	6
Resumo	7
Abstract	8
Apresentação.....	9
Capítulo I - Introdução.....	10
A Síndrome de Burnout	10
Empatia e <i>Burnout</i> em profissionais de saúde	12
Estresse Ocupacional e <i>Burnout</i> em profissionais de saúde	13
Burnout na Atenção Primária em Saúde.....	16
Considerações finais	20
Capítulo II – Estudo Empírico	Erro! Indicador não definido.
Introdução	Erro! Indicador não definido.
Método	Erro! Indicador não definido.
Resultados	Erro! Indicador não definido.
Discussão	Erro! Indicador não definido.
Considerações finais	Erro! Indicador não definido.
Capítulo III – Conclusão.....	56
Referências	60
Anexos	77
Anexo A.....	78
Anexo B	80

Anexo C	82
Anexo D	84
Apêndices	92
Apêndice A	93
Apêndice B	96
Apêndice C	97
Apêndice D	100

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Figura 1. Estresse ocupacional como mediador e moderador da associação entre empatia e *Burnout*

Tabela 1. *Características Sociodemográficas e Ocupacionais da Amostra Total e por Categoria Profissional*

Tabela 2. *Correlações de Pearson entre dimensões de Burnout e possíveis variáveis preditoras*

Tabela 3. *Modelos de Regressão Linear para Ilusão pelo Trabalho e Desgaste Psíquico*

Tabela 4. *Modelos de Regressão Linear para Indolência e Pontuação Total de Burnout*

Tabela 5. *Modelo de Regressão Logística para Nível Crítico de Burnout*

RESUMO

O *Burnout* é uma síndrome desencadeada pela exposição crônica a estressores interpessoais no trabalho e pode trazer consequências graves para a saúde dos profissionais e para o cuidado dos pacientes. O nível de empatia e o estresse ocupacional dos profissionais estão associados à síndrome, contudo pouco se sabe sobre qual desses fatores apresenta maior associação com o *Burnout*. O objetivo principal desse estudo foi investigar a associação da empatia e do estresse ocupacional com o *Burnout* de profissionais da atenção primária em saúde (APS). 348 trabalhadores responderam a versões *online* de escalas de estresse ocupacional, empatia, *Burnout* e questionário abordando aspectos sociodemográficos, histórico profissional e contexto de trabalho. As dimensões do estresse ocupacional Recompensa e Esforço tiveram maior peso na explicação da variância de Ilusão pelo Trabalho e Desgaste Psíquico, respectivamente, enquanto a Razão Esforço-recompensa foi a variável que mais contribuiu para explicar a presença de Nível Crítico de *Burnout*. Preocupação Empática foi a principal preditora para Indolência e Pontuação Total de *Burnout*. Por fim, maior idade, raça/cor preta, maior tempo de atuação na saúde e na APS, formação específica para APS, melhores condições materiais de trabalho, exercer coordenação de equipe, supervisão de estagiários ou residentes e atuar em equipe completa estiveram associados a menores níveis de *Burnout*. Recomendam-se intervenções em prol da saúde do trabalhador da APS que englobem tanto a sua empatia quanto estressores ocupacionais.

Palavras-chave: Estresse ocupacional; empatia; *Burnout*; atenção primária em saúde.

ABSTRACT

Burnout is a syndrome triggered by chronic exposure to interpersonal stressors at work and can have serious consequences for professionals' health and for patient care. The level of workers' empathy and occupational stress are associated with the syndrome, however little is known about which of these factors has a greater association with Burnout. The main objective of this study was to investigate the association of empathy and occupational stress with Burnout of primary health care (PHC) professionals. 348 workers responded to online versions of occupational stress, empathy and burnout scales and a questionnaire addressing sociodemographic variables, professional history and work context. The dimensions of occupational stress Reward and Effort were the main predictors for Enthusiasm towards Job and Psychological Exhaustion, respectively, while the Effort-reward Ratio was the variable that most contributed to explain the presence of Critical Burnout Level. Empathic Concern was the main predictor for Indolence and Total Burnout Score. Finally, older age, black race/color, longer time working in health and PHC, specific training for PHC, better working conditions, exercising team coordination and supervision of trainees or residents and working in a full team were associated with lower levels of Burnout. It is recommended interventions for PHC workers' health that include both their empathy and occupational stressors.

Keywords: Occupational stress; empathy; Burnout; primary health care.

APRESENTAÇÃO

O *Burnout* é uma síndrome desencadeada pela exposição crônica a estressores ocupacionais e pode trazer consequências graves para o bem-estar dos profissionais de saúde e para o cuidado dos pacientes (Elbarazi, Loney, Yousef & Elias, 2017; Suñer-Soler et al, 2014). No contexto da atenção primária em saúde (APS) brasileira, os profissionais estão expostos a estressores como alta carga laboral, formação insuficiente para o trabalho, ambiente ocupacional precário, baixa remuneração, pouca autonomia e conflitos interpessoais com os usuários e colegas (Pereira, 2011). Contudo, ainda são necessários mais estudos para averiguar a associação de estressores cotidianos da APS brasileira com a prevalência de *Burnout* dos profissionais (Lima, Farah e Bustamente-Teixeira, 2017).

A literatura aponta ainda que, além dos estressores ocupacionais, o grau de empatia dos profissionais de saúde pode estar relacionado com o desenvolvimento de *Burnout* (Thirioux, Birault, & Jaafari, 2016). Contudo, não há consenso se a empatia exerce caráter protetivo ou se predispõe à síndrome (Zenasni, Boujout, Woerner, & Sultan, 2012).

Frente a esse cenário, essa dissertação tem como objetivo investigar a associação da empatia e do estresse ocupacional com o *Burnout* de profissionais da atenção primária em saúde (APS). O primeiro capítulo apresenta uma revisão teórica sobre o *Burnout* e sua relação com a empatia, o estresse ocupacional e a atenção primária em saúde. O segundo capítulo descreve um estudo transversal com profissionais da APS de Porto Alegre e o terceiro tece as considerações finais acerca da revisão teórica e da investigação empírica apresentadas, debatendo sua implicação para as políticas públicas.

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

A presente dissertação tem como objetivo investigar a associação da empatia e do estresse ocupacional com o *Burnout* de profissionais da atenção primária em saúde (APS). Nesse capítulo introdutório, são descritas as evidências empíricas que embasaram o estudo transversal descrito na segunda parte da dissertação. Dessa forma, o objetivo desse capítulo é apresentar uma revisão teórica acerca da relação do *Burnout* com a empatia dos profissionais de saúde, com o estresse ocupacional vivenciado por esses trabalhadores e com o contexto laboral da atenção primária em saúde.

A Síndrome de Burnout

Segundo Maslach e Jackson (1981), a síndrome de *Burnout* consiste em uma reação a estressores relacionados ao trabalho, em especial quando esse envolve diretamente a relação com pessoas, e que pode envolver esgotamento físico, autoconceito negativo, sentimento de desamparo, e atitudes negativas em relação ao desempenho da função. O modelo de Maslach e Jackson (1981) prevê três dimensões para o fenômeno: Exaustão Emocional (EE): manifestação de esgotamento das reservas emocionais do profissional; Despersonalização (DP): sentimentos negativos em relação às pessoas atendidas, que passam a ser tratadas de forma desumanizada ou objetificada; Baixa Realização Pessoal (RP): sentimentos de insatisfação consigo e com o desempenho no trabalho.

Segundo Gil-Monte (2011), que propôs um modelo com quatro dimensões, caracterizado por aspectos cognitivos, como o rebaixamento das expectativas dos indivíduos em alcançar determinadas metas laborais (Baixa Ilusão pelo Trabalho, semelhante à Baixa Realização Pessoal de Maslach e Jackson), assim como aspectos emocionais, como esgotamento emocional e físico oriundo da necessidade diária de manter relações com pessoas que possuem ou geram problemas (Desgaste Psíquico, análogo à Exaustão Emocional). Como consequência dessas deteriorações, os indivíduos passam a desenvolver também atitudes negativas de indiferença e cinismo em relação às pessoas a quem prestam serviço (Indolência, construto próximo à Despersonalização). A quarta dimensão da síndrome proposta por Gil-Monte (2011), que extrapolaria o modelo clássico de Maslach e Jackson, estaria presente nos casos mais deteriorados, consistindo no surgimento de sentimentos de culpabilização por atitudes e comportamentos não condizentes com as normas internalizadas e com a cobrança social acerca do papel profissional.

A síndrome pode trazer consequências graves para a saúde dos profissionais, levando a problemas psicossomáticos, depressão, ansiedade, baixa auto-estima, insônia, irritabilidade e intolerância a frustração, assim como reduzir a qualidade do cuidado oferecido a pacientes e a satisfação com o trabalho, aumentar o número de erros no manejo e o absenteísmo injustificado (Elbarazi, Loney, Yousef & Elias, 2017; Suñer-Soler et al, 2014). O impacto dessa condição pode chegar a provocar problemas familiares e conflito entre trabalho e vida doméstica (Suñer-Soler et al, 2014).

Ainda que estudos de prevalência apresentem variações entre si em relação ao modelo da síndrome utilizado, diferentes instrumentos para sua mensuração ou critérios distintos para identificação de risco de *Burnout* a partir dos escores obtidos (Maslach & Leiter, 2016), é possível afirmar que o *Burnout* apresenta alta prevalência entre diferentes categorias profissionais da área da saúde. Estima-se que a prevalência da síndrome esteja entre 30 e 70% entre médicos ao redor do mundo (Lamothe, Boujut, Zenasni, & Sultan, 2014). Shanafelt et al (2015) averiguou risco de ocorrência da síndrome, identificado por altos escores em Exaustão Emocional e/ou Despersonalização, em 54,4% dos 6880 médicos americanos que responderam ao *Maslach Burnout Inventory* (Maslach, Jackson & Leiter, 1996). De forma semelhante, um estudo com enfermeiras intensivistas brasileiras, utilizando o mesmo instrumento, apontou uma prevalência da síndrome de 53,3% pelo critério de pontuação extrema em qualquer uma das subescalas de *Burnout* (Silva et al, 2015), enquanto uma investigação com dentistas referiu que 26% dos profissionais participantes estavam em risco de *Burnout*, por apresentarem altos escores tanto em Exaustão Emocional quanto em Despersonalização (Gorter & Freeman, 2011). Benevides-Pereira & Moreno-Jiménez (2010), em um estudo com 110 psicólogos de diversas regiões do Brasil, averiguaram que 25,5% desses profissionais apresentaram valores acima da média em Exaustão Emocional e 24,5%, em Despersonalização, quando comparados a uma amostra com diversas profissões. Reduzida Realização Pessoal no trabalho foi averiguada em 21,5% dos profissionais de psicologia. Os autores não informaram a percentagem de profissionais que consideraram estar em risco de *Burnout* a partir desses resultados.

A literatura aponta que os níveis preocupantes da síndrome em profissionais de saúde podem ser explicados tanto por características do contexto de trabalho quanto por fatores disposicionais dos trabalhadores (Truchot, 2006). Dentre esses fatores disposicionais, destaca-se a vasta produção acerca da empatia (Thirioux, Birault, & Jaafari, 2016).

Empatia e *Burnout* em profissionais de saúde

Segundo Davis (1983), a empatia pode ser considerada um construto multidimensional, possuindo uma face cognitiva, definida pela possibilidade de compreender a perspectiva do outro, e um aspecto emotivo, envolvendo afetação emocional pela situação de outra pessoa. Em seu modelo existem duas subdimensões contidas na empatia cognitiva: a Tomada de Perspectiva, que consiste na capacidade de espontaneamente adotar o ponto de vista psicológico do outro, e a Fantasia, capacidade de transpor-se imaginativamente para os sentimentos e ações de personagens fictícios. A empatia emocional também pode ser dividida em duas subdimensões: Preocupação Empática, definida pela presença de sentimentos orientados ao outro de compaixão e preocupação, e Angústia Pessoal, que consiste em sentimentos orientados para si de ansiedade e desconforto em situações interpessoais tensas.

A literatura apresenta algumas possibilidades, em parte contraditórias, para a relação entre Empatia e *Burnout*. A Teoria de Fadiga por Compaixão (Figley, 2002) considera que profissionais de saúde que são muito empáticos estão mais propensos a sofrer da síndrome. Por outro lado, existem evidências de que profissionais empáticos teriam menores chances de desenvolver *Burnout* (Ferri, Guerra, Marcheselli, Cunico, & Lorenzo, 2015; Park et al, 2016; Oriol, Yuguero, Marsal, Esquerda, Vivanco, & Soler-González, 2017). Há ainda a possibilidade de que exista uma relação na direção contrária, com a síndrome causando um decréscimo na empatia de profissionais de saúde (Zenasni et al, 2012). Por fim, vários estudos sugerem que a relação entre Empatia e *Burnout* pode variar de acordo com o tipo ou dimensão de empatia aferida (Zenasni, Boujout, Woerner, & Sultan, 2012).

Estudos utilizando as subdimensões de Davis demonstraram que o *Burnout* está relacionado com menores níveis de Preocupação Empática (Gleichgerricht & Decety, 2013; Paro et al, 2014; Thomas et al, 2007; von Harscher, Desmarais, Dollinger, Grossman e Aldana, 2017) e maiores níveis de Angústia Pessoal (Gleichgerricht & Decety, 2013; von Harscher, Desmarais, Dollinger, Grossman, & Aldana, 2017) em estudantes de medicina, residentes médicos ou profissionais médicos atuantes. Alguns estudos apontam que tanto a Preocupação Empática quanto a Tomada de Perspectiva estão inversamente associados ao *Burnout* entre médicos da Atenção Primária (Lamothe, Boujout, Zenasni & Sultan, 2014) e enfermeiros (Duarte & Pinto-Gouvea, 2017). Contudo, Tei et al (2014) averiguaram uma relação positiva entre Tomada de Perspectiva e Exaustão Emocional em enfermeiros.

Para Thirioux, Birault e Jaafari (2016), a diversidade de hipóteses para a relação entre empatia e *Burnout* se deve às diferentes conceitualizações de empatia presentes na literatura e

à ausência de diferenciação entre empatia e simpatia nos estudos correntes. Segundo Thirioux et al. (2014), a empatia seria a capacidade de sentir e compreender o estado emocional, mental, motor, somatosensorial e intencional de outras pessoas, adotando sua perspectiva visuo-espacial e psicológica e mantendo conscientemente a distinção entre si e o outro. Por outro lado, ao experienciar simpatia, os indivíduos mapeariam a sensação do corpo do outro em seu próprio corpo e reduziriam a experiência alheia a uma perspectiva egocentrada, tendendo a fundir suas identidades (Thirioux et al, 2014). Dessa forma, a empatia, por favorecer uma simulação apenas parcial dos sentimentos do outro, preveniria a Exaustão Emocional, e evitaria a Despersonalização, uma vez que a consideração da alteridade alheia preveniria qualquer objetificação (Thirioux, Birault, & Jaafari, 2016). A Despersonalização, em contrapartida, poderia prejudicar a empatia. O papel da simpatia, por outro lado, seria o de aumentar a propensão de profissionais médicos à Exaustão Emocional, uma vez que estaria baseada na confusão entre o eu e o outro e atribuição a si dos sentimentos vividos pelos pacientes (Thirioux, Birault, & Jaafari, 2016).

Em relação às dimensões de Davis, Thirioux, Birault e Jaafari (2016) hipotetizam que estudantes de medicina deverão ter maior propensão a desenvolver *Burnout* quando apresentarem altos níveis de Angústia Pessoal, que poderia ser compreendida como simpatia, e baixos níveis de Tomada de Perspectiva, que corresponderia à sua definição de empatia. O estudo de von Harscher, Desmarais, Dollinger, Grossman e Aldana (2017) confirma parcialmente essa hipótese, ainda que a dimensão de empatia que se mostrou preventiva para o *Burnout* entre os estudantes tenha sido a Preocupação Empática, e não a Tomada de Perspectiva.

Paralelamente à discussão sobre as associações entre empatia e *Burnout*, a literatura é consensual em apontar que as altas prevalências da síndrome em profissionais de saúde estão relacionadas tanto aos estressores presentes no contexto de trabalho como à ausência de fatores protetivos ao desgaste do profissional, como a boa relação com colegas e chefia (Truchot, 2006). As evidências acerca de estressores e fatores de proteção laborais, assim como sua relação com o *Burnout*, será melhor explorada a seguir.

Estresse Ocupacional e *Burnout* em profissionais de saúde

Há uma vasta produção a respeito da influência do estresse ocupacional sobre o desenvolvimento do *Burnout* (Aronson et al, 2017). Robert Karasek, na década de 70, iniciou investigações a respeito do papel do ambiente de trabalho como fonte de estresse,

relacionando-os ao risco de adoecimento. Seu modelo de estresse ocupacional leva em consideração dois aspectos: a intensidade das demandas e o grau de controle do trabalhador sobre o processo de trabalho (Theorell & Karasek, 1996). As demandas são desafios de ordem psicológica refletidos pela quantidade ou qualidade do trabalho, incluindo, por exemplo, o tempo para a realização das tarefas ou o conflito entre demandas que se contradizem. Por sua vez, o controle consiste na possibilidade do trabalhador fazer uso de suas habilidades intelectuais no desempenho de suas tarefas, decidindo inclusive como irá realizá-las e tendo oportunidades de aprendizado e novas experiências. Situações em que os profissionais são expostos a maiores demandas de trabalho, combinadas com um menor grau de controle sobre a sua execução, seriam aquelas que acarretariam maior desgaste ao trabalhador (Theorell & Karasek, 1996). Posteriormente, Johnson e Hall (1988), a partir de um estudo transversal com a população sueca, apresentaram o apoio social no trabalho como fator protetor para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, adicionando-o ao modelo original.

Siegrist (1996) propôs o modelo *Effort-reward Imbalance*, que define altos níveis de esforço e baixos níveis de recompensa no ambiente de trabalho como geradores de um estado emocional de aflição com propensão a ativação autonômica e reações de tensão associadas. As recompensas compreendem retorno financeiro, estima dos pares ou mesmo status social. O estado de estresse ainda seria ampliado por fatores intrínsecos individuais, que levam o trabalhador a comprometer-se exageradamente com as tarefas. Esse modelo é entendido como complementar ao de Karasek, relacionando-se a mecanismos psicossociais distintos (Theorell, 2000).

Na literatura, é bastante comum a associação do *Burnout* em enfermeiros com a elevada carga ou demanda de trabalho (Bakker, Kilmer, Siegrist, & Schufeli, 2000; Bougea et al, 2016; Elst et al, 2016; Hsu, Chen, Yu, & Lou, 2010; Jourdain & Chenevert, 2010; Luan, Wang, Hou, Chen, & Lou, 2017; Sundin, Hochwalder, & Lisspers, 2009; Vandebroek, Van Gerven, Witte, Vanhaecht, & Godderis, 2017). Há também evidências de relação do *Burnout* com cargas elevadas de trabalho entre médicos da Atenção Primária em Saúde (Kushnir & Cohen, 2008; Torppa, Kuikka, Nevalainen, & Pitkälä, 2015) e profissionais médicos em geral (Vandebroek et al, 2017). Médicos da Atenção Primária se mostraram mais suscetíveis ao *Burnout* quando submetidos a uma maior pressão de tempo para realizar atendimentos e visitas (Rabattin et al, 2016). Entre residentes médicos, o estudo de Verweij et al (2017) apontou que a carga de trabalho e o quanto essa era emocionalmente demandante estavam

diretamente relacionados com o *Burnout*, enquanto demandas cognitivas foram protetivas, prevenindo baixos índices de Realização Pessoal.

No que diz respeito à falta de controle sobre o processo de trabalho, esse também se mostrou associado ao *Burnout* entre enfermeiros (Elst et al, 2016; Gasparino, Guirardello, & Aiken, 2011; Lorenz & Guirardello, 2014; Vandenberg et al, 2017), médicos da Atenção Primária (Rabattin et al, 2016) e profissionais atuantes em serviços de saúde mental (Day, Crown, & Ivany, 2017). O *Burnout* mostrou-se inversamente associado ao grau de autonomia exercido e as oportunidades de aprendizado oriundas do trabalho entre profissionais da enfermagem e medicina (Kushnir & Cohen, 2008; Vandenberg et al, 2017). Sentir-se desafiado pelo trabalho (Kushnir & Cohen, 2008) e a possibilidade de desenvolver-se no desempenho da função (Verweij, 2017) mostraram-se inversamente relacionados à síndrome em médicos da Atenção Primária e residentes médicos, respectivamente. De acordo com o previsto por Theorell e Karasek (1996), a interação entre alta demanda e baixo controle no trabalho mostrou-se uma situação de alto desgaste entre profissionais de enfermagem, compondo um modelo de maior predição sobre o *Burnout* do que aquele que não considerava a relação entre essas dimensões do estresse ocupacional (Elst et al, 2016).

Há também associação entre menor incidência de *Burnout* entre enfermeiros e o apoio social recebido de colegas (Sundin, Hochwalder, & Lisspers, 2009), supervisores (Gasparino, Guirardello & Aiken, 2011; Jourdain & Chenevert, 2010; Lorenz & Guirardello, 2014) ou ambos (Bougea et al, 2016, Elst et al, 2016, Hsu, Chen, Yu, & Lou, 2010). O apoio dos supervisores esteve igualmente relacionado a menor incidência de *Burnout* entre os trabalhadores da área de saúde mental (Day, Crown, & Ivany, 2017). Além disso, enfermeiros que experienciaram mais problemas interpessoais no trabalho mostraram-se mais suscetíveis à síndrome (Luan, Wang, Hou, Chen, & Lou, 2017). Em especial, a boa relação entre essa categoria e os profissionais médicos mostrou-se inversamente relacionada ao *Burnout* tanto nos enfermeiros (Gasparino, Guirardello & Aiken, 2011; Lorenz & Guirardello, 2014) quanto nos profissionais médicos (Vandenberg et al, 2017). Membros dessa última categoria atuantes na atenção primária que se sentiam sozinhos no trabalho estiveram mais propensos ao *Burnout* (Torppa, Kuikka, Nevalainen & Pitkälä, 2015), da mesma forma que profissionais de diferentes categorias da atenção primária que referiram executar menos trabalho em equipe (Falgueras et al, 2015). Há também evidências de que o apoio entre colegas esteja inversamente relacionado com o *Burnout* entre residentes médicos (Verweij 2017), além de

moderar a influência da falta de clareza de papéis sobre a exaustão emocional em equipes multiprofissionais hospitalares (Portoghese et al, 2017).

Somam-se às evidências que conectam o *Burnout* à demanda, controle e apoio social os estudos que associam a síndrome ao quanto os profissionais de saúde se sentem recompensados pelos seus esforços no trabalho (Day, Crown, & Ivany, 2017). No estudo de Hsu, Chen, Yu e Lou (2010), menores salários estiveram associados a maiores níveis de *Burnout* em profissionais de enfermagem do sexo masculino. Por sua vez, o reconhecimento do trabalho por parte de pacientes mostrou-se inversamente associado ao *Burnout* tanto entre médicos (Kushnir & Cohen, 2008) quanto enfermeiros, estando a suscetibilidade ao *Burnout* desses últimos também relacionada ao reconhecimento de seu trabalho pelos colegas médicos (Jourdain & Chenevert, 2010) e a possibilidade de progressão dentro da organização (Gasparino, Guirardello & Aiken, 2011; Lorenz & Guirardello, 2014). A literatura aponta ainda que o desequilíbrio entre esforços dos profissionais e as recompensas obtidas esteve associado ao *Burnout* em profissionais de enfermagem (Fortunatti & Palmeiro-Silva, 2017; Schulz et al, 2009).

No contexto específico da atenção primária em saúde brasileira, sabe-se que os profissionais podem estar expostos a alta demanda de trabalho, pouca autonomia, baixa remuneração e conflitos interpessoais com usuários e colegas, o que os coloca em risco de desenvolver a síndrome (Pereira, 2011). De fato, altas prevalências de *Burnout* são encontradas entre as diferentes categorias profissionais que compõem a APS (Silva, 2015), conforme será melhor detalhado na sessão a seguir.

Burnout na Atenção Primária em Saúde

A APS deve constituir a base dos sistemas nacionais de saúde, para que esses produzam maior prevenção e controle de doenças crônicas e agudas, de forma custo-efetiva e com maior equidade na saúde das populações atendidas (Harzheim, 2011). Para isso, os profissionais de saúde devem orientar-se por um conjunto de atributos essenciais à APS (Starfield, 1992), a saber: Primeiro Contato: possibilitar que o usuário acesse primeiramente a APS na ocorrência da maior parte dos seus problemas de saúde; Integralidade: atender ao usuário como um todo, levando em consideração não apenas aspectos biomédicos, mas seu contexto de vida e individualidade; Coordenação do Cuidado: conduzir o usuário para o acesso adequado a outros serviços; e Longitudinalidade: acompanhar ativamente o usuário e sua família ao longo de suas vidas. Dessa forma, atuar na atenção primária exige o contato

com demandas complexas, frequentemente estressantes e carregadas emocionalmente, que surgem no contato continuado com as famílias atendidas, o que pode estar relacionado com a alta incidência de *Burnout* em médicos da atenção primária quando comparados a outras especialidades (Schaufeli, Maassen, Baker & Sixma, 2011).

Soler et al (2008), em um estudo com 1393 participantes de diversos países, averiguaram que 43% dos profissionais médicos europeus da APS apresentaram altos índices de EE, 35% demonstraram níveis elevados de DP e 32% baixo grau de RP, com 12% apresentando níveis extremos nas três dimensões, o que consiste no critério de Maslach, Jackson e Leiter (1996) para alto risco de *Burnout*. Apenas um terço dos médicos não teve escores extremos em nenhuma das subescalas. Um estudo mais recente, realizado com 683 médicos irlandeses, demonstrou que 52,7% dos profissionais reportaram altos níveis de EE, 31,6 % alta DP e 16,3% baixa RP. Nessa investigação, apenas 6,6% apresentaram índices extremos nas três dimensões (O'Dea, O'Connor, Lydon, & Murphy, 2016). Percentagens semelhantes de médicos enfrentando *Burnout*, 5,5% e 6,3%, foram averiguadas no Iran (Amiri et al, 2016) e na Arábia Saudita (Al-Sareai, Al-Khaldi, Mostafa e Abdel-Fattah, 2013), respectivamente. Esses resultados indicam semelhança entre as prevalências de alto risco de *Burnout* entre médicos da APS, variando de 5,5% a 12% quando consideradas as três dimensões, como preconizam Maslach e Leiter (2016). Importante ponderar que, para Morse, Salyers, Rollins, Monroe-DeVita e Pfahler (2012), ainda que os pontos de corte obtidos por Maslach, Jackson e Leiter (1996) possam ser considerados baixos e precisem ser utilizados com cautela, mesmo níveis baixos e moderados de *Burnout* poderiam ser indicativos de risco para os profissionais. Em um estudo dinamarquês, 25,5% dos médicos da APS alcançaram critérios para nível moderado de *Burnout* (Pedersen & Vedsted, 2014), enquanto no estudo de Amiri et al (2016) aproximadamente o dobro (52,7%) estavam nessa situação.

No que diz respeito a outras categorias profissionais que compõem a APS, uma investigação na Espanha (Falgueras et al, 2015) incluiu médicos, enfermeiros e odontólogos, obtendo uma prevalência geral de alto *Burnout* de 3,4% entre as equipes participantes. Odontólogos apresentaram 44,4% de alta EE, 27,8% de alta DP e 5,6% de baixa RP, os médicos, alta EE: 42,7%, alta DP: 27,3% e baixa RP: 7,7%, enquanto os enfermeiros, alta EE: 31,3%, alta DP: 14,8% e baixa RP: 4,3%. Houve, portanto, menores indicativos de *Burnout* entre esses últimos profissionais. Por outro lado, um estudo português (Mata, Machado, Moutinho e Alexandra, 2016), sugeriu que o grau de desgaste dos enfermeiros tenha superado

ligeiramente o dos demais profissionais, com alto *Burnout* em 9,9%, seguido dos médicos especialistas que operam na APS (7,2%).

No cenário brasileiro, a APS corresponde ao papel a ser desempenhado por equipes multiprofissionais em unidades de saúde (também conhecidas como “postos” de saúde) que atendem principalmente as pessoas que residem nos seus arredores. Atualmente, dois modelos assistenciais principais dividem a organização da APS brasileira: as unidades básicas de saúde chamadas “tradicionais” (UBS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

As UBS consistem no modelo anterior ao ESF, voltado em especial à reabilitação da doença, restringindo-se a seus aspectos individuais e biológicos e centrando-se nas especialidades médicas (Trindade & Pires, 2013). A ESF foi o modelo eleito pelo Ministério da Saúde brasileiro para reorganização da APS desde 1997, quando ocorrera a regulamentação para ampliação do então chamado Programa de Saúde da Família (Brasil, 1997). Consiste no modelo para expansão, qualificação e consolidação dos princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica (concepção brasileira de APS), devendo realizar ações de prevenção, promoção e reabilitação em saúde considerando um território adstrito definido (Brasil, 2012). Enquanto as UBS não possuem uma delimitação de equipe definida, as ESF são constituídas de enfermeiro(a), médico(a), técnico(a)/auxiliar de enfermagem e agentes comunitários(as) de saúde. As equipes de saúde bucal eventualmente vinculadas a essa equipe mínima contam com cirurgião dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal (Brasil, 2012).

Silveira, Câmara e Amazarray (2014) observaram que o modelo assistencial foi um preditor significativo do *Burnout* em profissionais de saúde, sendo a vinculação a UBS um fator de risco para desenvolvimento da síndrome. O *Burnout* na APS brasileira ainda tem sido relacionado a vínculo por cargo público (Albuquerque, Melo, & Neto, 2012) e maior carga horária. Variáveis sociodemográficas como ser mulher e ser da raça negra (Silva e Menezes, 2008) também se relacionam a maiores níveis de esgotamento profissional. Há evidências de que idade mais avançada (Carlotto, Pizzinato, Rocha, & Oliveira-Machado, 2013; Lima, Farah & Bustamente-Teixeira; 2017; Maissiat, Lautert, Pai, & Tavares, 2015; Martins, Laport, Menezes, Medeiros & Ronzani, 2014; Silva & Menezes, 2008; Silva et al, 2015) e maior tempo de atuação na saúde (Lima, Farah & Bustamente-Teixeira; 2017; Maissiat, Lautert, Pai, & Tavares, 2015) estejam relacionados a menores níveis de *Burnout*. No entanto, também há investigações indicando que, quanto maior a idade (Silva, 2015) e o tempo de atuação (Silveira, Câmara e Amazarray, 2014), mais altos são os níveis da síndrome.

Todavia, os níveis de *Burnout* na APS variam na literatura brasileira em grande parte pelos instrumentos utilizados, os pontos de corte adotados e o critério para avaliação do *Burnout*. Utilizando o Maslach Burnout Inventory – MBI (1996), com pontos de corte a partir de percentis da própria amostra, Trindade e Lautert (2010) identificaram alto risco de *Burnout* em 6,9% dos profissionais das diferentes categorias da ESF, prevalência muito semelhante à encontrada por Silva et al (2015), de 7%. Por sua vez, utilizando pontos de corte e critérios ligeiramente distintos dos de Maslach, Jackson e Leiter (1996), Silva (2015) realizou um estudo com 2940 profissionais de ESF da cidade de São Paulo e encontrou prevalência geral, com nível grave de *Burnout*, de 11,7%, e 47,7% dos profissionais em nível moderado. Indicativos da síndrome (nível grave) foram identificados em 12,8 % dos ACS, 7,7% dos aux./técnicos de enfermagem, 10,5% dos enfermeiros e em 15,7% dos médicos.

Por outro lado, a investigação de Mota, Dosea e Nunes (2014), usando o MBI com os pontos de corte e critérios de Maslach, Jackson e Leiter (1996), encontrou níveis mais graves entre ACS, com 29,3% dos participantes com características equivalentes a *Burnout* e 10,8% com níveis moderados. Esse resultado foi semelhante ao de Silva e Menezes (2008), que identificaram 24,1% dos ACS com níveis graves da síndrome.

Merces et al (2016), também pelos critérios de Maslach, Jackson e Leiter (1996), informaram que 10,6% dos enfermeiros que atuavam na APS apresentaram alto risco de *Burnout*. Em outro estudo, estimando a prevalência conjunta entre enfermeiros e técnicos, a percentagem chegou a 16,7% (Merces et al, 2017). O mesmo estudo, utilizando o critério de Grunfeld et al (2000), em que apenas uma dimensão em nível extremo é indicativa de *Burnout*, referiu que dessa forma a prevalência de alto risco de *Burnout* seria de 58,3%.

Também utilizando o critério de Grunfeld et al (2000), Martins, Laport, Menezes, Medeiros e Ronzani (2014) identificaram 41,6% dos profissionais com indicação positiva de *Burnout*, enquanto Lima, Farah e Bustamante-Teixeira (2017) averiguaram 51%. Albuquerque, Melo e Neto (2012) usaram percentis para dividir os escores obtidos com a Escala de Caracterização do *Burnout* (Gianasi, 2004) em três partes iguais (baixo, médio e alto), e com isso observaram que 37,09% dos profissionais das ESF obtiveram escores médios ou altos nos seus fatores (Exaustão emocional, Desumanização e Decepção), com 0,9% apresentando escores altos nos três. Silveira, Câmara e Amazarray (2014) utilizaram o *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo* (CESQT) (Gil-Monte, Carlotto & Câmara, 2010) e averiguaram que 18% da amostra de profissionais da APS apresentaram índices altos apenas nas três dimensões centrais do *Burnout* (alto Desgaste

Psíquico, alta Indolência e baixa Ilusão pelo Trabalho), apresentando critérios para o Perfil 1 da síndrome, enquanto 11% demonstraram indícios de sua forma mais grave, o Perfil 2, quando somam-se a esses índices altos níveis de Culpa pelo desempenho no trabalho.

Considerações finais

Conforme Dias, Rigotto, Augusto, Cancio e Hoefel (2009), profissionais de APS podem agir mais diretamente sobre os determinantes de saúde e podem ser altamente resolutivos em relação aos problemas dos usuários por conta da proximidade com o território e com o modo de vida das pessoas atendidas. Contudo, as expectativas em relação à função da APS dentro do SUS, atreladas a inúmeros indicadores a serem observados e ações a serem cumpridas, culminam na sobrecarga dos profissionais e seu adoecimento. Dessa forma, torna-se contraditório esperar que profissionais sobrecarregados e adoecidos, trabalhando em condições muitas vezes precárias, possam responder adequadamente às demandas de promoção de saúde, prevenção e tratamento do adoecimento dos usuários. Dados os desafios do contexto de trabalho dos profissionais da APS e as prevalências de alto risco de *Burnout* apontadas entre profissionais brasileiros, o presente capítulo indica a necessidade de medidas de diminuição do estresse crônico ao qual os profissionais estão submetidos para que o direito a saúde tanto de trabalhadores quanto de usuários seja respeitado.

As evidências apresentadas sugerem também a necessidade de mais estudos que contribuam para o entendimento da relação entre empatia e *Burnout*, que ainda carece de consenso na literatura. Frente aos desafios contextuais do trabalho em APS em nosso país, também se torna importante averiguar o quanto as tendências empáticas dos profissionais são relevantes na associação com o *Burnout* quando comparadas às condições de trabalho, o que poderia ajudar a direcionar futuras intervenções em prol da saúde do trabalhador e da efetividade da APS brasileira. A presente dissertação busca abordar essas e outras questões através do estudo apresentado no próximo capítulo.

CAPÍTULO III – CONCLUSÃO

Os resultados encontrados nessa dissertação e os elementos apontados na literatura relacionam o adoecimento do trabalhador pelo *Burnout* a fatores disposicionais como a empatia, porém também à precariedade das condições e regime de trabalho e aos índices de estresse ocupacional que caracterizam a APS brasileira. Esse cenário sugere uma reflexão necessária sobre as respostas do Estado para a situação dos profissionais, que indiretamente afeta os usuários dos serviços.

A Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (PNH) foi criada em 2003 como uma iniciativa transversal às demais políticas de saúde, com três objetivos principais: enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde que têm produzido reflexos desfavoráveis, tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores (Pasche, Passos, & Hennington, 2011). A humanização pode ser entendida como a “valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde” (Brasil, 2009, p.5). Dessa forma, afirma-se a necessidade de acolher as diferentes demandas trazidas pelas pessoas frequentadoras dos serviços, a partir do bom vínculo entre usuários e profissionais, mas também através do apoio mútuo em equipe e entre profissionais e gestão. É um pressuposto da política que trabalhadores e usuários tenham participação no gerenciamento dos serviços e que a forma coletiva de gestão dos estabelecimentos e das próprias ações em saúde sejam um fator de valorização e proteção do trabalhador, assim como da excelência do cuidado produzido (Brasil, 2009). A política apregoa ainda que o papel da APS para a efetivação da humanização no SUS é muito importante, já que a adscrição de pessoas/famílias/áreas às equipes e o acompanhamento ao longo do tempo facilitariam a criação de vínculo terapêutico, fazendo desse o nível de atenção mais qualificado para acolher os problemas complexos do cotidiano das pessoas (Brasil, 2009).

Todavia, os resultados do estudo apresentado nessa dissertação contestam o quanto a Política Nacional de Humanização está consolidada na APS, pelo menos no que tange à amostra participante. Uma vez que o esforço cotidiano dos profissionais e a sua sensação de

recompensas insuficientes pelo trabalho estiveram associados a níveis preocupantes de *Burnout*, pode se imaginar que os trabalhadores não venham se sentindo “valorizados” como preconiza a política. Mais do que isso, o *Burnout* predispondo a atitude negativa dos profissionais com os usuários (Gil-Monte, 2011), a potencialidade dos profissionais da APS em fazer uso da proximidade com as famílias e do vínculo estabelecido com elas para acolher suas demandas fica prejudicada. Segundo Pasche, Passos e Hennington (2011), essa situação reflete a incipiência na consolidação da política, que, apesar de ter tido conquistas na qualificação dos serviços, dependeria ainda da reinvicação dos usuários pelo seu direito à saúde para se consolidar.

Considerando-se a demanda por humanização dos serviços e frente aos resultados obtidos no estudo apresentado, intervir sobre as habilidades empáticas dos profissionais poderia ter dupla importância. A regulação da empatia dos profissionais poderia incidir sobre a própria saúde e o bem-estar dos trabalhadores, estando a Preocupação Empática negativamente associada ao *Burnout*. Ao mesmo tempo, potencialmente teria um efeito direto sobre o acolhimento do usuário e a resolutividade dos serviços. Há evidências de que, quando a empatia no contexto clínico proporciona o entendimento da situação, perspectivas e sentimentos do paciente, assim como a comunicação desse entendimento, o acompanhamento dos usuários é mais resolutivo e satisfatório (Scarpellini, Capellato, Rizzatti, Silva, & Baddini-Martinez, 2014). Evidências apontam que esse tipo de postura pode gerar maior satisfação e participação do paciente no tratamento, maior acurácia diagnóstica, redução da depressão, menor duração e gravidade de infecções virais, maior controle do diabetes e maior melhora no estado geral de saúde das pessoas atendidas (Mercer et al, 2016; Scarpellini et al, 2014).

Essas evidências apenas reforçam a importância da atitude acolhedora no atendimento em saúde afirmada pela Política de Humanização. Contudo, novamente, ainda que tendências empáticas dos clínicos possam culminar em atendimentos mais qualificados (Glaser, Abdef, Adler, Abdef & Hojat, 2007), o estabelecimento de boa comunicação e relação com os pacientes depende do grau de desgaste e desilusão dos profissionais (Gil-Monte, 2011), associado a estressores contextuais abundantes na APS brasileira (Pereira, 2011).

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Brasil, 2012) consiste em uma iniciativa governamental mais recente, que tem a finalidade de definir os princípios, as diretrizes e as estratégias para a atenção integral à saúde do trabalhador, visando a promoção e a proteção da saúde dos profissionais e a redução da morbimortalidade

decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. Segundo Costa, Lacaz, Jackson Filho e Vilela (2013), essa política está excessivamente baseada em ações de vigilância de condições de trabalho e saúde, desenvolvidas a partir de uma rede de serviços incipiente. Mais do que isso, entendem que iniciativas governamentais pontuais em prol da saúde dos trabalhadores não são capazes de reverter a própria omissão do Estado em combater a precarização contemporânea do trabalho, sendo o protagonismo e militância dos profissionais necessário para que melhores condições laborais e iniciativas efetivas de atendimento em saúde sejam garantidos (Costa, Lacaz, Jackson Filho, & Vilela, 2013).

Em suma, as políticas públicas apresentadas parecem ainda não ter o alcance necessário sobre os determinantes do desgaste dos profissionais da APS, em especial no que diz respeito à amostra participante do estudo apresentado nessa dissertação. O debate trazido nesse trabalho, a partir das evidências empíricas obtidas, sugere a necessidade de respostas complexas para a garantia da saúde dos trabalhadores e dos usuários da APS brasileira, que considerem tanto fatores disposicionais dos profissionais, como a empatia, como aspectos contextuais, ilustrados pela presença de estressores e poucos recursos protetivos no ambiente de trabalho. Treinos de empatia incluídos no processo formativo foram adotados com sucesso em outros países, com estudantes de medicina (Batt-Rawden, MChisolm, Anton, & Flickinger, 2013) e poderiam ser implementados no contexto local não somente nas graduações e cursos técnicos, mas nos espaços de educação permanente previstos pela Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012).

Contudo, é importante não se perder de vista a necessidade de responsabilização das esferas gestoras, e dos próprios usuários e profissionais, por mudanças profundas na organização dos serviços. Segundo Garrosa-Hernández, Benevides-Pereira, Moreno-Jiménez e González (2010), as intervenções que visam a prevenir ou mesmo remediar o *Burnout* mais convenientes são aquelas capazes de englobar tanto o desenvolvimento de habilidades e recursos pessoais dos profissionais quanto transformar a organização da instituição, sendo a gestão participativa a estratégia mais bem-sucedida nesse sentido. Nessa modalidade de gestão, independentemente do nível hierárquico dos profissionais, todos podem expor suas dificuldades e as soluções que acreditam aplicáveis, sendo as decisões tomadas democraticamente. Não obstante, os autores referem que esse tipo de intervenção é de difícil implementação, dada a profundidade do seu impacto na estrutura organizacional (Garrosa-Hernández, Benevides-Pereira, Moreno-Jiménez, & González, 2010).

Todavia, apesar das possíveis dificuldades, seria muito importante o interesse e iniciativa dos atores envolvidos em implementar ações efetivas pela saúde do trabalhador e do usuário da APS. Dessa forma, seria possível que as equipes das unidades de saúde, consideradas centrais para a consolidação do SUS, ao mesmo tempo em que expostas à própria precariedade do sistema e à complexidade dos problemas da população, pudessem cumprir o seu papel de forma ainda mais efetiva. Espera-se que a presente dissertação contribua não apenas para o corpo de evidências a respeito dos fatores relacionados ao *Burnout* de profissionais da APS brasileira, mas para o embasamento de um processo de mudança necessário em relação a esses fatores.

REFERÊNCIAS

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2015). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987–1993. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12387650>
- Albuquerque, F. J. B., Melo, C. F. & Neto, J. L. A. (2012). Avaliação da Síndrome de Burnout em Profissionais da Estratégia Saúde da Família da Capital Paraibana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(3), 542-549. doi: 10.1590/S0102-79722012000300014
- Al-Sareai, N.S., Al-Khaldi, Y.M., Mostafa, O.A. & Abdel-Fattah, M.M. (2013). Magnitude and risk factors for burnout among primary health care physicians in Asir province, Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 19(5), 426-434. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/260716026_Magnitude_and_risk_factors_for_burnout_among_primary_health_care_physicians_in_Asir_Province_Saudi_Arabia
- Alves, S. R., Santos, R. P., Oliveira, R. G., Yamaguchi, M. U. (2018). Mental health services: perception of nursing in relation to overload and working conditions. *Revista Fundamental Care Online*, 10(1):25-29. doi: 10.9789/2175-5361.2018.v10i1.25-29
- Amiri, M., Khosravi, A., Eghtesadi, A. R., Sadeghi, Z., Abedi, G., Ranjbar, M., & Mehrabian, F. (2016). Burnout and its Influencing Factors among Primary Health Care Providers in the North East of Iran. *PLoS ONE* 11(12): e0167648. doi:10.1371/journal.pone.0167648
- Aronsson, G., Theorell, T., Grape, T., Hammarström, A., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I., Skoog, I., Träskman-Bendz, L., Hall, C. (2017). A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*, 17(264), 1–13. doi: 10.1186/s12889-017-4153-7
- Avolio, B. J., Gardner, W. L., Walumbwa, F. O., Luthans, F., & May, D. R. (2004). Unlocking the mask: A look at the process by which authentic leaders impact follower

attitudes and behaviors. *The Leadership Quarterly*, 15(6), 801–823. doi: 10.1016/j.leaqua.2004.09.003

Bakker, A. B., Killmer, C. H., Schaufeli, W. B. (2000). Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 884-891. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10759985>

Batt-rawden, S. A., Chisolm, M. S., Anton, B., & Flickinger, T. E. (2013). Teaching Empathy to Medical Students: An Updated , Systematic Review. *Academic Medicine*, 88(8), 1171–1177. doi:10.1097/ACM.0b013e318299f3e3

Benevides-Pereira, A. M. T. & Moreno-Jiménez, B. (2010). O *Burnout* em um grupo de psicólogos brasileiros (4ª ed.). In A. M. T. Benevides-Pereira (Org.), *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador* (pp. 157 -185). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Boamah, S. A., Read, E. A., & Laschinger, H. K. S. (2016). Factors influencing new graduate nurse burnout development, job satisfaction and patient care quality: a time-lagged study. *Journal of Advanced Nursing*, 73(5), 1182–1195. doi: 10.1111/jan.13215.

Bougea, A., Kleisarchakis, M. K., Spantideas, N., Voskou, P., Thomaidis, T., Chrousos, G., & Belegri, S. A. (2016). Job stress and burnout in the care staff of Leros PIKPA Asylum 25 years after the first Deinstitutionalisation and Rehabilitation Greek Project. *BJPsych Bulletin*, 40, 296-301. doi: 10.1192/pb.bp.115.052258

Brasil (2009). *Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS na Atenção Básica*. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf

Brasil (2012). *Ministério da Saúde. Política Nacional de atenção Básica*. Recuperado de <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

Brasil (2012). *Portaria Nº 1823. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.* Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html

Carlotto, M., Pizzinato, A., Bones, K., Oliveira-Machado, R. (2013). Prevalencia y Factores Asociados al Síndrome de Burnout en Profesionales de Centros de Atención Básica a la Salud. *Ciencia & Trabajo*, 15(47), 76-80. doi: 10.4067/S0718-24492013000200007

Carter, S.S., Harris, J., & Porges, S. W. (2009) Neural and evolutionary perspectives on empathy. In: J. Decety & W. J. Ickes (Eds). *The Social Neuroscience of Empathy*. Cambridge, MA: The MIT Press.

Chor, D., Werneck, G. L., Faerstein, E., Alves, M. G. D. M., & Rotenberg, L. (2008). The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 219–224. doi: 10.1590/S0102-311X2008000100022

Cimiotti, J. P., Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Wu, E. S. (2012). Nurse staffing, burnout, and health care–associated infection. *NIH Public Access*, 40(6), 486–490. doi: 10.1016/j.ajic.2012.02.029

Costa, D., Lacaz, F. A. C., Jackson Filho, J. M., & Vilela, R. A. G. (2013). Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública Introdução. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 38(127), 11–21. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572013000100003&script=sci_abstract&tlng=pt

Dancey, C. P. & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia: usando SPSS para Windows*. Porto Alegre: Artmed.

Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *Journal of personality and social psychology*, 44(1), 113-136. doi: 10.1037/0022-3514.44.1.113

- Day, A., Crown, S. N., & Ivany, M. (2017). Organisational change and employee burnout: The moderating effects of support and job control. *Safety Science*, 100, 4–12. doi: 10.1016/j.ssci.2017.03.004
- Dias, E. C., Rigotto, R. M., Augusto, L. G. S., Cancio, J. & Hoefel, M. G. L. (2009). Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(6), 2061–2070. Recuperado de https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232009000600013&script=sci_arttext
- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Empathy and feelings of guilt experienced by nurses : A cross-sectional study of their role in burnout and compassion fatigue symptoms. *Applied Nursing Research*, 35, 42–47. doi: 10.1016/j.apnr.2017.02.006
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Eacker, A., Harper, W. Massie Jr, F. S., Power, D. V, Huschka, M., Novotny, P. J., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2007). Race, Ethnicity, and Medical Student Well-being in the United States. *Archives of Internal Medicine*, 167(19), 2103–2109. doi:10.1001/archinte.167.19.2103
- Elbarazi, I., Loney, T., Yousef, S., & Elias, A. (2017). Prevalence of and factors associated with burnout among health care professionals in Arab countries : a systematic review. *BMC Health Services Research*, 17(491), 1–10. doi: 10.1186/s12913-017-2319-8
- Elst, T. Vander, Cavents, C., Daneels, K., Johannik, K., Baillien, E., Broeck, A. Van Den, & Godderis, L. (2016). Job demands–resources predicting burnout and work engagement among Belgian home healthcare nurses: A cross-sectional study. *Nursing Outlook*, 64(6), 542-556. doi: 10.1016/j.outlook.2016.06.004
- Fairchild, A. J., & Mcquillin, S. D. (2009). Evaluating mediation and moderation effects in school psychology: A presentation of methods and review of current practice. *Journal of School Psychology*, 48(1), 53–84. doi: 10.1016/j.jsp.2009.09.001.Evaluating

- Falgueras, M. V., Munoz, C. C., Pernas, F. O., Sureda, J. C., López, M. P. G., & y Miralles, J. D. (2015). Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. *Atención Primaria*, 47(1), 25-31. doi: 10.1016/j.aprim.2014.01.008
- Farias, S. N. P., Zeitoune, R. C. G. (2007). The Quality of Life in the Work of Nursing. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11(3), 487–493. doi: 10.1590/S1414-81452007000300014
- Ferri, P., Guerra, E., Marcheselli, L., Cunico, L., & Di Lorenzo, R. (2015). Empathy and burnout: an analytic cross-sectional study among nurses and nursing students. *Acta Biomed for Health Professions*, 86(2), 104–115. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/283032065_Empathy_and_burnout_An_analytic_cross-sectional_study_among_nurses_and_nursing_students
- Figley, C. R. (2002). Compassion Fatigue: Psychotherapists ' Chronic Lack of Self Care. *Psychotherapy in Practice*, 58(11), 1433–1441. doi: 10.1002/jclp.10090
- Fortunatti, C. P., Palmeiro-Silva, Y. (2017). Effort – Reward Imbalance and Burnout Among ICU Nursing Staff. *Nursing Research*, 66(5), 410–416. doi: 10.1097/NNR.0000000000000239
- Garrosa-Hernández, E., Benevides-Pereira, A. M. T., Moreno-Jiménez, B., & González, J. L. (2010). Prevenção e Intervenção na Síndrome de Burnout. Como prevenir (ou remediar) o processo de Burnout (4ª ed.). In A. M. T. Benevides-Pereira (Org.), *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador* (pp. 227 -272). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Gasparino, R. C., Guirardello, E. B., & Aiken, L. H. (2011). Validation of the Brazilian version of the Nursing Work Index-Revised. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3494–3501. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03776.x.
- Gianasi, L. (2004). *As fontes de desajuste físico e emocional e a síndrome de burnout no setor de transporte coletivo urbano de Natal*. (Dissertação de Mestrado, Departamento de

Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN). Recuperado de <http://www.natal.rn.gov.br/bvn/publicacoes/lucianabsbg.pdf>

Gil-monte, P. R. (2011). Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo - Manual. Madri: TEA Ediciones.

Gil-monte, P. R., Carlotto, M. S. & Câmara, S. G. (2010). Validação da versão brasileira do “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” em professores. *Rev. de Saúde Pública*, 44(1), 140–147. doi: <http://doi.org/10.1590/S0034-89102010000100015>

Glaser, K. M., Abdef, F. W. M., Adler, H. M., Abdef, R. P. M., & Hojat, M. (2007). Relationships between scores on the Jefferson Scale of physician empathy, patient perceptions of physician empathy , and humanistic approaches to patient care: A validity study. *Medical Science Monitor*, 13(7), 291–295. Recuperado de <http://www.medscimonit.com/download/index/idArt/487348>

Gleichgerrcht, E., & Decety, J. (2013). Empathy in Clinical Practice: How Individual Dispositions, Gender, and Experience Moderate Empathic Concern , Burnout , and Emotional Distress in Physicians. *PLOS ONE*, 8(4), 1–12. doi: [10.1371/journal.pone.0061526](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061526)

Gomes, A. M. A., Caprara, A., Landim, L. O. P., & Vasconcelos, M. G. F. (2012). Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na Atenção Primária à Saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 22(3), 1101-1119. doi: [10.1590/S0103-73312012000300014](https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000300014)

Gorter, R. C., & Freeman R. (2011). Burnout and engagement in relation with job demands and resources among dental staff in Northern Ireland. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 39(2), 87–95. doi: [10.1111/j.1600-0528.2010.00568.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2010.00568.x)

Grunfeld, E, Whelan, T. J., Zitzelsberger L., Willan A. R., Montesanto B., Evans, W.K. (2000). Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job

satisfaction. CMAJ, 163(2):166-169. Recuperado de <http://www.cmaj.ca/content/163/2/166.long>

Harzheim, E. (2001). Atenção Primária à Saúde e as Redes de Atenção à Saúde. Em *Inovando o Papel da Atenção Primária nas Redes de atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Hayes, A. F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis – A Regression-Based Approach*. New York: The Guilford Press.

Hsu, H. -Y, Chen, S. -H, Yu, H. -Y, & Lou, J. -H (2010). Job stress, achievement motivation and occupational burnout among male nurses. *Journal of Advanced Nursing* 66(7), 1592–1601. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05323.x

Importance, T. H. E., & Empathy, O. F. (2012). Burnout and empathy in primary care: three hyphotesis. *British Journal of General Practice*, 62(600), 346–347. doi: 10.3399/bjgp12X652193 346–347.

Izquierdo, I., Olea, J., & Abad, F. J. (2014). Exploratory factor analysis in validation studies: Uses and recommendations. *Psicothema*, 26(3), 395–400. doi: 10.7334/psicothema2013.349

Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78(10), 1336–1342. doi: 10.2105/AJPH.78.10.1336

Johnson, S. J., Machowski, S., Holdsworth, L., Kern, M., & Zapf, D. (2017). Age, emotion regulation strategies, burnout, and engagement in the service sector: Advantages of older workers. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 33(3), 205–216. doi: 10.1016/j.rpto.2017.09.001

- Jourdain, G. & Chênevert, D. (2010). Job demands-resources , burnout and intention to leave the nursing profession: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(6), 709–722. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.11.007
- Kushnir, T., & Cohen, A. H. (2008). Positive and negative work characteristics associated with burnout among primary care pediatricians. *Pediatrics International*, 50, 546–551. doi: 10.1111/j.1442-200X.2008.02619.x
- Lamothe, M., Boujut, E., Zenasni, F., & Sultan, S. (2014). To be or not to be empathic : the combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice. *BMC Family Practice*, 15(15), 1–7. doi: 10.1186/1471-2296-15-15
- Laschinger, H. K. S., Borgogni, L., Consiglio, C., & Read, E. (2015). The effects of authentic leadership, six areas of worklife, and occupational coping self-efficacy on new graduate nurses' burnout and mental health: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1080–1089. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.002
- Laschinger, H. K. S., Wong, C. A., & Grau, A. L. (2012). The influence of authentic leadership on newly graduated nurses' experiences of workplace bullying, burnout and retention outcomes: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(10), 1266–1276. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.05.012
- Lima, A. S., Farah, B. F., & Bustamante-Teixeira, M. T. (2017). Análise da prevalência da síndrome de *Burnout* em profissionais da atenção primária em saúde. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, 16 (1), 283-304. doi: 10.1590/1981-7746-sol00099
- Lorenz, V. R., & Guirardello, E. B. (2014). O ambiente da prática profissional e *Burnout* em enfermeiros na atenção básica, 22(6), 926–933. doi: 10.1590/0104-1169.0011.2497
- Luan, X., Wang, P., Hou, W., Chen, L. & Fenglan, L. (2017). Job stress and burnout: A comparative study of senior and head nurses in China. *Nursing and Health Sciences*, 19, 163–169. doi: 10.1111/nhs.12328

- Maia, L. D. G., Silva, N. D., & Mendes, P. H. C. (2011). Síndrome de *Burnout* em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36(123), 93–102. doi:10.1590/S0303-76572011000100009
- Maissiat, G. S., Lautert, L., Pai D. D., & Tavares J. P. (2015). Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(2), 42-49. doi: 10.1590/1983- 1447.2015.02.51128
- Martins, L. F., Laport, T. J., Menezes, V. P., Medeiros, P. B., & Ronzani, T. M. (2014). Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde Burnout Syndrome in Primary Health Care Professionals. *Ciência e Saúde Coletiva*, 19(12), 4739–4750. doi: 10.1590/1413-812320141912.03202013
- Martins, L. F., Menezes, Laport, T. J., Menezes, V. P., Medeiros, P. B., & Ronzani, T. M. (2014). Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde Burnout. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(12), 4739–4750. doi: 10.1590/1413-812320141912.03202013
- Maslach C. (2003). *Burnout: The Cost of Caring*. Cambridge, MA: Malor Books.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2). 99-113. doi: 10.1002/job.4030020205
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15 (2), 103–111. doi: 10.1002/wps.20311
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P. (1996). *The Maslach Burnout Inventory (3rd edition)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Mata, C., Machado, S., Moutinho, A., & Alexandra, D. (2016). Estudo PreSBurn: prevalência de síndrome de *burnout* nos profissionais dos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32(3), 179-186. Recuperado de <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11789>

- Maxwell, S. E., & Cole, D. A. (2007). Bias in Cross-Sectional Analyses of Longitudinal Mediation, *12*(1), 23–44. doi: 10.1037/1082-989X.12.1.23
- Mercer, S. W., Higgins, M., Bikker, A. M., Fitzpatrick, B., McConnachie, A., Lloyd, S. M., ... Watt, G. C. M. (2016). General practitioners' empathy and health outcomes: A prospective observational study of consultations in areas of high and low deprivation. *Annals of Family Medicine*, *14*(2), 117–124. doi: 10.1370/afm.1910
- Merces, M. C, Silva, D. S., Oliveira, S., Lua, I., Oliveira, D. S., Souza, M. C., & Júnior, A. D. (2016). Burnout syndrome and abdominal adiposity among Primary Health Care nursing professionals. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *29*(44), 1-8. doi: 10.1186/s41155-016-0051-7
- Merces, M. C., Lopes, R. A., Silva, D. S., Oliveira, D. S., Lua, I., Mattos, A. I. S., & Júnior, A. D. (2017). Prevalence of Burnout Syndrome in nursing professionals of basic health care. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, *9*(1), 208-214. doi: 10.9789/2175-5361.2017.v9i1.208-214
- Mota, C. M., Dosea, G. S., & Nunes, P. S. (2014). Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju , Sergipe, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, *19*(12), 4719–4726. doi: 10.1590/1413-812320141912.02512013
- O'Dea, B., O'Connor, P., Lydon, S., & Murphy, A. W. (2016). Prevalence of burnout among Irish general practitioners: a cross-sectional study. *Irish Journal of Medical Science*, *186*(2), 447-453, doi: 10.1007/s11845-016-1407-9
- Osorio, R. G. (2013). A classificação de cor ou raça do IBGE revisitada. In J. L. Petrucelli & A. L. Saboia (Orgs.), *Características Étnico-Raciais da População, Classificações e Identidades*. Rio de Janeiro: IBGE.

- Park, C., Lee, Y. J., Hong, M., Jung, C., Synn, Y., Kwack, Y., Ryu, J. Park, T. W., Lee, S. A., Bahn, G. H. (2016). A Multicenter Study Investigating Empathy and Burnout Characteristics in Medical Residents with Various Specialties. *Journal of Korean Medical Science*, 31, 590-597. doi: 10.3346/jkms.2016.31.4.590.
- Paro, H. B. M. S., Silveira, P. S. P., Perotta, B., Gannam, S., Enns, S. C., Giaxa, R. R. B., Bonito, R. F., Martins, M. A., Tempiski, P. Z. (2014). Empathy among medical students: Is there a relation with quality of life and burnout? *PLOS ONE*, 9(4). doi: 10.1371/journal.pone.0094133
- Pasche, D. F., & Passos, E. (2011). Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4541–4548. doi: 10.1590/S1413-81232011001200027
- Pedersen, A. F., & Vedsted, P. (2014). Understanding the inverse care law: a register and survey-based study of patient deprivation and burnout in general practice. *International Journal for Equity in Health*, 13(121), 1–8. doi:10.1186/s12939-014-0121-3
- Pereira, D. G. (2011). Síndrome de Burnout em trabalhadores do Programa de Saúde da Família: uma revisão de literatura. (Monografia de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte). Recuperado de https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Sindrome_de_Burnout_em_trabalhadores_do_Programa_de_Saude_da_Familia_uma_revisao_de_literatura/183
- Porciuncula, A. M. (2015). *Síndrome de Burnout em gerentes de atenção primária em saúde* (Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro). Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciet/14060/1/27.pdf>
- Portoghese, I., Galletta, M., Burdorf, A., Cocco, P., D'Aloja, E., & Campagna, M. (2017). Role Stress and Emotional Exhaustion Among Health Care Workers: The Buffering Effect of Supportive Coworker Climate in a Multilevel Perspective. 59(10), 187-193. doi: 10.1097/JOM.0000000000001122

- Purvanova, R. K., & Muros, J. P. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 77(2), 168–185. doi: 10.1016/j.jvb.2010.04.006
- Rabatin, J., Williams, E., Manwell, L. B., Schwartz, M. D., Brown, R. L., & Linzer, M. (2016). Predictors and Outcomes of Burnout in Primary Care Physicians. *Journal of Primary Care & Community Health*, 7(1), 41–43. doi: 10.1177/2150131915607799
- Salyers, M. P., & Bond, G. R. (2001). An exploratory analysis of racial factors in staff burnout among assertive community treatment workers. *Community Mental Health Journal*, 37(5), 393-404. doi:10.1023/A:1017575912288
- Sampaio, L.R, Guimarães, P.R.B., Camino, C.P.S, Formiga, N.S., & Menezes, I.G. (2011). Estudos sobre a dimensionalidade da empatia: tradução e adaptação do Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Psico PUCRS*, 42(1), 67-76. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/6456>
- Scarpellini, G.R., Capellato, G., Rizzatti, F.G., Silva, G.A., & Baddini-Martinez, J.A. (2014). Escala CARE de empatia: tradução para o Português falado no Brasil e resultados iniciais de validação. *Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas da FMRP*, 47(1), 51-8. doi: 10.11606/issn.2176-7262.v47i1p51-58
- Schaufeli, W. B., Maassen, G. H., Bakker, A. B., & Sixma, H. J. (2011). Stability and change in burnout: A 10-year follow-up study among primary care physicians. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84(2) 248–267. doi: 10.1111/j.2044-8325.2010.02013.x
- Schulz, M., Damkröger, A., Heins, C., Wehlitz, L., Löhr, M., Driessen, M., Behrens, J., & Wingenfeld, K. (2009). Effort-reward imbalance and burnout among German nurses in medical compared with psychiatric hospital settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 225–233. doi: 10.1111/j.1365-2850.2008.01355.x

- Shallcross, A. J., Ojie, M., Chaplin, W., Levy, N., Odedosu, T., Ogedegbe G., & Spruill, T. (2015). Race/Ethnicity Moderates the Relationship Between Chronic Life Stress and Quality of Life in Type 2 Diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 108(1), 150–156. Doi: 10.1016/j.diabres.2015.01.025.
- Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., & West, C. P. (2015). Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(12), 1600–1613. doi: 10.1016/j.mayocp.2015.08.023
- Shaughnessy, J., Zechmeister, E. & Zechmeister, J., (2009). *Research Methods in Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort / low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27–41. doi: 10.1037/1076-8998.1.1.27
- Silva, A. T. C. (2015). *Esgotamento profissional e depressão em profissionais da estratégia saúde da família no município de São Paulo*. (Tese de Doutorado, Programa de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo). Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-27102015-084632/pt-br.php>
- Silva, A. T. C., Menezes, P. R. (2008). Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 42(5), 921–929.
- Silva, J. L. L., Soares, R. S., Costa F. S., Ramos, D. S., Lima, F. B. & Teixeira, L. R. (2015). Psychosocial factors and prevalence of burnout syndrome among nursing workers in intensive care units. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 27(14), 125–133. doi: 10.5935/0103-507X.20150023
- Silva, S. C. P. S., Nunes, M. A. P., Santana, V. R., Reis, F. P., Machado Neto, J., & Lima, S. O. (2015). A síndrome de burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3011–3020. doi: 10.1590/1413-812320152010.19912014

- Silveira, S., Câmara, S., & Amazarray, M. R. (2015). Burnout predictors in health professionals of primary care of Porto Alegre/RS, Brazil. *Caderno de Saúde Coletiva*, 22(4). doi: 10.1590/1414-462X201400040012
- Soler, J. K., Yaman, H., Esteva, M., Dobbs, F., Asenova, R. S., Katic, M., Ozvacic, Z., Desgranges, J. P., Moreau, A., Lionisi, C., Kotanyi, P., Carelli, F., Nowak, P. R., Azeredo, Z. A. S., Marklund, E., Churchill, D., & Ungan, M. (2008). Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family Practice - an international journal*, 25(4), 245-265. doi: 10.1093/fampra/cmn038
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*, 2nd Ed. Pocatello, ID: ProQOL.org.
- Starfield, B. (1992). *Primary Care: concept, evaluation and policy*. New York: Oxford University Press.
- Sundin, L., Hochwälder & Lisspers, J. (2011). A longitudinal examination of generic and occupational specific job demands, and work-related social support associated with burnout among nurses in Sweden. *Work*, 38, 389–400. doi: 10.3233/WOR-2011-1142.
- Suner-Soler, R., Grau-Martín, A., Flichtentrei, D., Prats, M., Braga, F., Font-Mayolas, S., & Gras, M. E. (2014). The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries. *Burnout Research* 1, 82–89. doi: 10.1016/j.burn.2014.07.004
- Takeuchi, D. T., Walton, E., & Leung, M. (2010). Race, social contexts, and health: Examining geographic spaces and places. In *Handbook of Medical Sociology, Sixth Edition* (pp. 92-105). Nashville, TN: Vanderbilt University Press.
- Tei, S., Becker, C., Kawada, R., Fujino, J., Jankowski, K. F., Sugihara, G., Murai, T., Takahashi, H. (2014). Can we predict burnout severity from empathy-related brain activity? *Translational Psychiatry*, 4, e393. doi: 10.1038/tp.2014.34

- Theorell T. (2000). Working conditions and health. In: L. Berkman, & I. Kawachi (Eds). *Social epidemiology* (pp. 95-118). New York: Oxford University Press.
- Theorell, T., & Karasek, R. A. (1996). Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 9–26. doi:10.1037/1076-8998.1.1.9
- Thirioux, B., Birault, F., & Jaafari, N. (2016). Empathy Is a Protective Factor of Burnout in Physicians: New Hypotheses Regarding Empathy and Sympathy in Care Relationship. *Frontiers in Psychology*, 7(763), 1–11. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00763
- Thirioux, B., Mercier, M. R., Blanke, O., & Berthoz, A. (2014). The cognitive and neural time course of empathy and sympathy: an electrical neuroimaging study on self – other interaction. *Neuroscience*, 267, 286–306. doi: 10.1016/j.neuroscience.2014.02.024
- Thomas, M. R., Dyrbye, L. N., Huntington, J. L., Lawson, K. L., Novotny, P. J., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2007). How Do Distress and Well-being Relate to Medical Student Empathy? A Multicenter Study. *Journal of General Internal Medicine*, 22(2), 177–183. doi: 10.1007/s11606-006-0039-6
- Thomas, M., Kohli, V., Choi, J. (2014). Correlates of Job Burnout among Human Services Workers: Implications for Workforce Retention. *The Journal of Sociology & Social Welfare*, 41(4), 69-90. Recuperado de <http://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/jrlsasw41&div=59&id=&page=>
- Torppa, M. A., Kuikka, L., Nevalainen, M., & Pitkälä, K. H. (2018). Emotionally exhausting factors in general practitioners' work. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 33(3), 178-183. <https://doi.org/10.3109/02813432.2015.1067514>
- Trindade, L. D. L., & Pires, D. E. P. D. (2013). Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. *Texto & Contexto*

Enfermagem, 22(1), 36–42. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072013000100005

Truchot, D. (2006). Le burnout des étudiants en médecine. Rapport de recherche pour l'URML de Champagne-Ardenne [rapport]. *Médecine Générale Reims*, 30, 1-30. Recuperado de http://internat.martinique.free.fr/biblio/rapport_burnout_etudiant.pdf

Vandenbroeck, S., Van Gerven, E., De Witte, H., Vanhaecht, K., & Godderis, L. (2017). Burnout in Belgian physicians and nurses. *Occupational Medicine*, 67, 546–554. doi: 10.1093/occmed/kqx126

Verweij, H., van der Heijden, F. M. M. A., van Hooff, M. L. M., Prins, J. T., Lagro-Janssen, A. L. M., van Ravesteijn, H., & Speckens, A. E. M. (2017). The contribution of work characteristics , home characteristics and gender to burnout in medical residents. *Advances in Health Sciences Education*, 22(4), 803–818. doi: 10.1007/s10459-016-9710-9

Vicentic, S., Gasic. J. M., Milovanovic, A., & Tosevic, D. L., Nenadovic, M., Damjanovic, A., Kostic, B. D., Jovanovic, A. A. (2013). Burnout, quality of life and emotional profile in general practitioners and psychiatrists, 45(1), 129–138. doi: 10.3233/WOR-121484

von Harscher, H., Desmarais, N., Dollinger, R., Grossman, S., & Aldana, S. (2017). The impact of empathy on burnout in medical students: new findings. *Psychology, Health & Medicine*, 23(3), 295-303. doi: 10.1080/13548506.2017.1374545

World Health Organization (2004). Work Organization and Health. *Protecting Workers' Health Series*, 3. Recuperado de http://www.who.int/occupational_health/publications/stress/en/

Worly, B., Verbeck, N., Walker, C., Clinchot, D., Keder, L., & Steinauer, J. (2017). Gender Differences in Medical Students' Experience of Burnout, Perceived Stress, and Empathic Concern [Abstract]. *Obstetrics & Gynecology*, 130(4), 615. doi: 10.1097/01.AOG.0000525777.75605.4e

- Yuguero, O., Marsal, J. R., Esquerda, M., Vivanco, L., & Soler-gonzález, J. (2017). Association between low empathy and high burnout among primary care physicians and nurses in Lleida, Spain. *European Journal of General Practice*, 23(1), 4–10. doi: 10.1080/13814788.2016.1233173
- Zenasni, F., Boujut, E., du Vaure C. B., Catu-Pinault, A. Tavani, J. L., Rigal L., Jaury, P., Magnier A. M. Falcoff H. & Sultan S. (2012). Development of a French-Language Version of the Jefferson Scale of Physician Empathy and Association with Practice Characteristics and Burnout in a sample of General Practitioners. *The International Journal of Person Centered Medicine*, 2(4), 759-766. doi: 10.5750/ijpcm.v2i4.295
- Zenasni, F., Boujut, E., Woerner, A. & Sultan S. (2012). Editorials - Burnout and empathy in primary care: three hypothesis. *British Journal of General Practice*, 62(600), 346–347. doi: 10.3399/bjgp12X652193

ANEXOS

Anexo A. Estruturas fatoriais da versão original da IRI e da utilizada no presente estudo

Anexo B. Versão resumida da *Job Stress Scale (JSS)* adaptada para o português

Anexo C. Versão brasileira da escala *Effort-reward Imbalance (ERI)*

Anexo D. Pareceres dos Comitês de Ética

Anexo A

Os procedimentos de Análise Fatorial Exploratória adotados nesse estudo foram baseados nas diretrizes de Izquierdo, Olea e Abad (2014). Uma vez que a maioria dos itens agrupou-se nos mesmos fatores do estudo de validação brasileiro (Sampaio et al, 2011) e os itens que se deslocaram se mostraram compatíveis em significado com seu novo fator, optou-se por manter as etiquetas dos fatores conforme o estudo original (Sampaio et al. 2011).

Estruturas fatoriais da versão original da IRI e da utilizada no presente estudo

Itens	Original (Sampaio et al, 2011)				Presente estudo			
	F	PE	AP	TP	F	PE	AP	TP
1. Habitualmente me envolvo emocionalmente com filmes e/ou livros.	X				<u>-.586</u>	-.024	-.022	.060
2. Sou neutro quando vejo filmes (item invertido)	X				<u>-.430</u>	.075	-.069	-.058
3. Incomodo-me com as coisas ruins que acontecem aos outros.		X			-.042	<u>.542</u>	-.057	.139
4. Tento compreender o argumento dos outros.				X	.030	.155	.020	<u>.520</u>
5. Sinto compaixão quando alguém é tratado injustamente.		X			.092	<u>.488</u>	.078	.225
6. Quando vejo que se aproveitam de alguém, sinto necessidade de protegê-lo.		X			.061	<u>.626</u>	.014	.097
7. Imagino como as pessoas se sentem quando eu as critico.				X	.112	.300	.068	<u>.440</u>
8. Antes de tomar alguma decisão procuro avaliar todas as perspectivas.				X	-.043	-.031	-.047	<u>.579</u>
9. Tento compreender meus amigos imaginando como eles vêem as coisas.				X	-.022	.013	-.054	<u>.782</u>
10. Fico comovido com os problemas dos outros.		X			-.028	<u>.845</u>	-.011	-.026
11. Preocupo-me com as pessoas que não têm uma boa qualidade de vida.		X			-.035	<u>.810</u>	-.047	-.080
12. Descrevo-me como uma pessoa de “coração mole” (muito sensível).		X			-.106	<u>.588</u>	.150	-.017
Itens	Original (Sampaio et al, 2011)				Presente estudo			
	F	PE	AP	TP	F	PE	AP	TP

13. Costumo fantasiar com coisas que poderiam me acontecer. *	X					-.309	-.026	<u>.375</u>	-.030
14. Perco o controle quando vejo alguém que esteja precisando de muita ajuda.			X			-.081	.109	<u>.526</u>	-.123
15. Depois de ver uma peça de teatro ou um filme sinto-me envolvido com seus personagens.	X					<u>-.692</u>	.025	.139	.024
16. Costumo me emocionar com as coisas que vejo acontecer.		X				-.358	<u>.380</u>	.161	.085
17. Fico apreensivo em situações emergenciais.			X			.039	.074	<u>.578</u>	.009
18. Quando vejo uma história interessante, imagino como me sentiria se ela estivesse acontecendo comigo.	X					<u>-.356</u>	-.035	.354	.177
19. Tendo a perder o controle durante emergências.			X			.096	-.071	<u>.750</u>	-.003
20. Coloco-me no lugar do outro se eu me preocupo com ele. *					X	-.228	<u>.369</u>	.064	.207
21. Escuto os argumentos dos outros, mesmo estando convicto de minha opinião. §					X	-	-	-	-
22. Fico tenso em situações de fortes emoções. §			X			-	-	-	-
23. Sinto-me indefeso numa situação emotiva. §			X			-	-	-	-
24. Sinto emoções de um personagem de filme como se fossem minhas próprias emoções. §	X					-	-	-	-
25. Tenho facilidade de assumir a posição de um personagem de filme. §	X					-	-	-	-
26. Habitualmente fico nervoso quando vejo pessoas feridas. §			X			-	-	-	-
Nº de ítems	7	7	6	6		4	8	4	4
Variância explicada	22.3%	9.8%	7.2%	5.4%		3.7%	27.3%	9.8%	2.9%
Método de Extração	Componentes Principais					Fatoração de Eixos Principais			
Método de Rotação	Promax					Oblimin			
Matriz de Correlações analisada	Não informado					Pattern Matrix			

Nota: * = Ítems que no presente estudo compõem fator diferente daquele a que pertenciam no estudo original. § = Ítems não aplicados no presente estudo. F = Fantasia. PE = Preocupação Empática. AP = Angústia Pessoal. TP = Tomada de Perspectiva

Anexo B

Versão resumida da *Job Stress Scale (JSS)* adaptada para o Português

Agora, temos algumas perguntas sobre características de seu trabalho.

- a) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?
- b) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?
- c) Seu trabalho exige demais de você?
- d) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?
- e) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?
- f) Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?
- g) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?
- h) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?
- i) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?
- j) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?
- k) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?

A seguir, por favor, responda até que ponto você concorda ou discorda das seguintes afirmações a respeito de seu ambiente de trabalho.

- l) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.
- m) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.
- n) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.
- o) Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.
- p) No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.
- q) Eu gosto de trabalhar com meus colegas.

Opções de resposta de A até K:

- Frequentemente;
- Às vezes;
- Raramente;
- Nunca ou Quase nunca.

Opções de resposta de L até Q:

- Concordo totalmente;
- Concordo mais que discordo;
- Discordo mais que concordo;
- Discordo totalmente.

Anexo C

Versão brasileira da escala *Effort-reward Imbalance (ERI)*

Indique se esta de acordo ou não com as informações seguintes. Se depois da sua resposta encontrar uma seta (→) indique, em cada caso, quanto isso o estressa.

1. Constantemente, eu me sinto pressionado pelo tempo por causa da carga pesada (quantidade) de trabalho.
2. Frequentemente eu sou interrompido e incomodado no trabalho.
3. Eu tenho muita responsabilidade no meu trabalho.
4. Frequentemente, eu sou pressionado a trabalhar depois da hora.
5. Meu trabalho exige muito esforço físico.
6. Nos últimos anos, meu trabalho passou a exigir cada vez mais de mim.
7. Eu tenho o respeito que mereço dos meus chefes.
8. Eu tenho o respeito que mereço dos meus colegas de trabalho.
9. No trabalho, eu posso contar com apoio em situações difíceis.
10. No trabalho, eu sou tratado injustamente.
11. Eu vejo poucas possibilidades de ser promovido no futuro.
12. No trabalho, eu passei ou ainda posso passar por mudanças não desejadas.
13. Tenho pouca estabilidade no emprego.
14. A posição que ocupo atualmente no trabalho está de acordo com a minha formação e treinamento.
15. No trabalho, levando em conta todo o meu esforço e conquistas, eu recebo o respeito e o reconhecimento que mereço.
16. Minhas chances futuras no trabalho estão de acordo com meu esforço e conquistas.
17. Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado.

Assinale até que ponto você concorda ou discorda das afirmativas abaixo:

18. No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado pela pressão do tempo.
19. Assim que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho.
20. Quando chego em casa, eu consigo relaxar e ‘me desligar’ facilmente do meu trabalho.
21. As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho.

22. O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir.

23. Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje.

Opções de resposta para os itens 1-6; 10-13:

- Concordo → E com isso fico: Nem um pouco estressado; Um pouco estressado; Estressado; Muito estressado;
- Discordo.

As opções de resposta para os itens 7-9 e 14-17 são as mesmas, mas as opções relativas ao estresse estão ligadas à resposta “Discordo”.

Opções de resposta para os itens 18-23:

- Discordo totalmente;
- Discordo;
- Concordo;
- Concordo totalmente.

Anexo D

Pareceres dos Comitês de Ética

UFRGS - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSOCIAÇÃO DO ESTRESSE OCUPACIONAL E DO BURNOUT COM A EMPATIA EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE UNIDADES BÁSICAS TRADICIONAIS E DE ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: EDUARDO AUGUSTO REMOR

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66152017.6.0000.5334

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.007.294

Apresentação do Projeto:

A literatura sugere que os níveis de estresse ocupacional e Burnout associados a profissionais de saúde podem afetar a qualidade do cuidado, tendo influência nos níveis de empatia autorrelatados por esses. Estudos apontam diferenças de natureza e intensidade entre os estressores presentes em dois modelos assistências vigentes na Atenção Primária em Saúde brasileira, as unidades básicas de saúde "tradicionais" e as Estratégias de Saúde da Família, sugerindo que possam haver consequências distintas sobre o desgaste profissional e, consequentemente, sobre a empatia apresentada pelos profissionais nesses dois contextos. Contudo, para avaliar a influência do estresse ocupacional e do Burnout sobre a habilidade dos profissionais de empatizar com seus pacientes, é interessante mensurar a empatia não apenas pela perspectiva dos profissionais, como ocorre na maioria dos estudos médicos (Pedersen, 2009), mas incluir outras medidas de empatia, considerando, por exemplo, a perspectiva do paciente, uma vez que a empatia autorrelatada não necessariamente coincide com aquela efetivamente demonstrada em atendimento (Tamburrino, Lynch, Nagel & Mangen, 1993; Evans, Stanley & Burrows, 1993). Há indícios de que o grau de empatia demonstrado por profissionais de saúde pode variar, por exemplo, em função das diferenças entre esses e seus pacientes no que diz respeito a raça (Forgiarini, Gallucci

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-003

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-5698

Fax: (51)3308-5698

E-mail: cep-psico@ufrgs.br

& Maravita, 2011), nível socioeconômico (Mercer et al, 2016) e identidade de gênero ou orientação sexual (Amaral, 2007; JSI Research & Training Institute, 2000; Willging, Salvador & Kano, 2006).

Objetivo da Pesquisa:

Investigar a associação do estresse ocupacional e do Burnout com os níveis de empatia autorrelatada pelos profissionais e de empatia percebida pelos usuários em unidades básicas de saúde “tradicionais” em comparação com aquelas de Estratégia de Saúde da Família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os proponentes referem que há riscos mínimos em participar do estudo, relacionados a algum desconforto que o participante possa experimentar ao preencher os instrumentos de pesquisa. Caso isso ocorra, a equipe de pesquisa estará à disposição destes.

Em relação aos benefícios de participação no estudo, mencionam que o participante contribuirá para a compreensão sobre a saúde do trabalhador e sobre o atendimento em unidades de saúde, podendo ajudar a gerar melhorias desses serviços no futuro.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo transversal realizado a partir da aplicação de questionários com trabalhadores de saúde e usuários de serviços de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão presentes e em conformidade com a resolução do CNS 466/12.

Recomendações:

Alterar número da resolução mencionada nos termos obrigatórios e no projeto de pesquisa (resolução atual é de número 466/12).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto em conformidade com a resolução do CNS 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_885004.pdf	23/03/2017 20:42:44		Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-003

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-5698

Fax: (51)3308-5698

E-mail: cep-psico@ufrgs.br

**UFRGS - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO**



Continuação do Parecer: 2.007.294

Outros	Formulario_de_submissao_de_projeto_d_e_pesquisa.pdf	23/03/2017 20:39:34	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
Outros	Aprovacao_da_COMPESQ_UFRGS.pdf	23/03/2017 20:37:59	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_de_utilizacao_e_divulgacao_dos_dados.pdf	23/03/2017 20:35:51	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
Outros	Termo_de_ciencia_e_autorizacao_da_coordenacao_oude_sera_realizada_a_pesquisa.PDF	23/03/2017 20:33:53	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisa.docx	23/03/2017 20:22:41	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermosdeConsentimentoLivreeEsclareci doEstudo2.docx	23/03/2017 20:10:28	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermosdeConsentimentoLivreeEsclareci doEstudo1.docx	23/03/2017 20:08:52	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.PDF	23/03/2017 20:04:36	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 07 de Abril de 2017

Assinado por:
Milena da Rosa Silva
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSOCIAÇÃO DO ESTRESSE OCUPACIONAL E DO BURNOUT COM A EMPATIA EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE UNIDADES BÁSICAS TRADICIONAIS E DE ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: EDUARDO AUGUSTO REMOR

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66152017.6.3001.5338

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.137.264

Apresentação do Projeto:

O objetivo da presente pesquisa é investigar a associação do estresse ocupacional e do Burnout com os níveis de empatia autorrelatada pelos profissionais e de empatia percebida pelos usuários em unidades básicas de saúde "tradicionais" e em Estratégias de Saúde da Família. Essa pesquisa será dividida em dois estudos transversais, de amostragem não probabilística. Essa pesquisa será dividida em dois estudos transversais, de amostragem não probabilística. No primeiro os profissionais das categorias enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem, médico(a), cirurgião(ã) dentista, técnicos(as) e auxiliares de saúde bucal e agente comunitário(as) de saúde que atuam na Atenção Primária em Saúde de Porto Alegre, tanto em UBS quanto em ESF, receberão por e-mail link de acesso a plataforma Survey Monkey. Através dessa, responderão às versões brasileiras da Job Stress Scale e da Escala effort-reward imbalance para avaliação de estresse no trabalho, do Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, do Índice de Reatividade Interpessoal e de um questionário abordando aspectos sócio-demográficos, histórico profissional e processo de trabalho. No segundo estudo serão visitadas as unidades de 30 médicos(as) e 30 enfermeiros(as) sorteados entre os que houverem se identificado voluntariamente no primeiro estudo e será feita a coleta presencial com seis usuários atendidos por cada profissional sorteado. Os instrumentos utilizados serão a versão brasileira da escala Consultation and Relational Empathy

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar

Bairro: Centro Histórico

CEP: 90.010-040

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517

Fax: (51)3289-2453

E-mail: cep_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSA



Continuação do Parecer: 2.137.264

– CARE e um questionário de informações sociodemográficas, acompanhamento na unidade e satisfação com o serviço.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo principal desse projeto é investigar a associação do estresse ocupacional e do Burnout com os níveis de empatia autorrelatada pelos profissionais e de empatia percebida pelos usuários em unidades básicas de saúde “tradicionais” e em Estratégias de Saúde da Família.

Objetivo Secundário:

Os objetivos secundários dessa pesquisa são: (a) averiguar a associação do grau de estresse ocupacional e Burnout dos profissionais da APS, o modelo assistencial em que atuam (UBS ou ESF), sua categoria profissional, características sociodemográficas, condições de trabalho e histórico ocupacional com os seus níveis de empatia autorrelatada; (b) investigar a associação dos níveis de empatia, estresse ocupacional e Burnout autorrelatados por profissionais da APS, as características sociodemográficas e de histórico ocupacional desses, as condições de trabalho e o modelo assistencial em que atuam (UBS ou ESF) com os níveis de empatia percebida pelos usuários por eles atendidos; (c) averiguar a associação das características sociodemográficas, do histórico de acompanhamento e da satisfação dos usuários da APS em relação à unidade com a empatia percebida por esses nos atendimentos; (d) averiguar a associação da coincidência ou diferença entre usuários e profissionais em relação a raça, orientação sexual ou identidade de gênero com os níveis de empatia percebida pelos usuários no atendimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o autor, estão descritos os riscos e benefícios como segue.

Riscos:

Os riscos ao participar da pesquisa são mínimos e dizem respeito a algum desconforto que o participante possa experimentar ao preencher os instrumentos de pesquisa. Caso isso ocorra, a equipe de pesquisa estará à sua disposição.

Benefícios:

O participante terá como benefício contribuir para a pesquisa sobre saúde do trabalhador e sobre o atendimento em unidades de saúde, podendo ajudar a gerar melhorias desses serviços no futuro.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar

Bairro: Centro Histórico

CEP: 90.010-040

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517

Fax: (51)3289-2453

E-mail: cep_sms@hotmail.com

Continuação do Parecer: 2.137.264

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisador Responsável: Eduardo Augusto Remor

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Instituto de Psicologia

Tipo: Dissertação de Mestrado

Local: Unidades Básicas de Saúde de Porto Alegre

Número participantes: 760 (400 profissionais de saúde; 360 usuários)

Cronograma: janeiro de 2017 à março 2018

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados.

Recomendações:

Recomenda-se retornar os resultados da pesquisa aos profissionais participantes tendo em vista que muitos não participam do CMS e possivelmente não ficariam cientes. Seria interessante enviar por e-mail aos que aderirem, uma cópia do resultado final.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Na elaboração de seu parecer foram encontradas as seguintes pendências:

1) No estudo 1 será enviado para leitura o TCLE, via plataforma, antes do preenchimento dos questionários. Será enviada uma cópia para os participantes em caso de dúvidas? De que forma?

Resposta do pesquisador: O termo contará com um link para que o participante possa fazer o download de uma cópia, caso deseje.

Análise: pendência atendida.

2) Qual será a forma de se conseguir os e-mails dos participantes de pesquisa (profissionais)?

A pesquisa será divulgada, com autorização da gestão municipal, nas reuniões mensais dos coordenadores de equipes de APS de Porto Alegre com suas gerências distritais. Nessas reuniões serão distribuídos flyers com o link para participação na pesquisa, e será solicitado que os coordenadores os entreguem às suas equipes. Também serão solicitados os endereços de e-mail dos coordenadores. Subsequentemente, será enviado e-mail a esses com o link da pesquisa, para que encaminhem às equipes e também participem, caso se encaixem nas categorias profissionais enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem, médico(a), cirurgião(ã) dentista, técnicos(as) e auxiliares de saúde bucal e agente comunitário(as) de saúde que atuem na Atenção Primária em Saúde.

Análise: pendência atendida.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar

Bairro: Centro Histórico

CEP: 90.010-040

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517

Fax: (51)3289-2453

E-mail: cep_sms@hotmail.com

Continuação do Parecer: 2.137.264

As pendências solicitadas foram atendidas, projeto APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer de aprovação do CEP SMSPA deverá ser apresentado à Coordenação responsável, a fim de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes do início da mesma.

Apresentar relatórios semestrais do CEP SMSPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_885004.pdf	23/03/2017 20:42:44		Aceito
Outros	Formulario_de_submissao_de_projeto_e_pesquisa.pdf	23/03/2017 20:39:34	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
Outros	Aprovacao_da_COMPESQ_UFRGS.pdf	23/03/2017 20:37:59	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_de_utilizacao_e_divulgacao_dos_dados.pdf	23/03/2017 20:35:51	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
Outros	Termo_de_ciencia_e_autorizacao_da_coordenação_ounde_sera_realizada_a_pesquisa.PDF	23/03/2017 20:33:53	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisa.docx	23/03/2017 20:22:41	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecidoEstudo2.docx	23/03/2017 20:10:28	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermosdeConsentimentoLivreeEsclarecidoEstudo1.docx	23/03/2017 20:08:52	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.PDF	23/03/2017 20:04:36	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA



Continuação do Parecer: 2.137.264

PORTO ALEGRE, 26 de Junho de 2017

Assinado por:
Thais Schossler
(Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com

Página 05 de 05

APÊNDICES

Apêndice A. Resultados do estudo piloto: porcentagem de acordo entre avaliadores.
Avaliação de questões do protocolo e observações gerais

Apêndice B. Panfleto enviado e distribuído para os profissionais de saúde

Apêndice C. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: TCLE

Apêndice D. Formulário de características sociodemográficas, histórico profissional e contexto de trabalho na unidade

Apêndice A

Resultados do estudo piloto: porcentagem de acordo entre avaliadores

Questões	Sim	%	Não	%	Sugestões/ críticas	Modificações realizadas a partir do piloto
a) De forma geral, as questões do protocolo estavam escritas de forma clara?	9	100	0	0	-	-
b) A configuração do questionário (fonte, tamanho de letra, espaçamento, disposição das opções...) estava adequada?	8	88,89	1	11,11	A fonte poderia ser maior	A fonte foi aumentada
c) Você acredita que as questões são adequadas para a sua categoria profissional na APS?	9	100	0	0	-	-
d) Você acredita que a extensão do protocolo (número de questões) seja adequada? *	2	66,67	1	33,33	-	-
f) A ordem das questões encoraja o preenchimento de todo o protocolo?	9	100	0	0	-	-
e) Em sua opinião, ao revisar o protocolo, este lhe pareceu: *	Curto N (%)	Nem curto nem longo N (%)	Longo, porém viável N (%)	Longo N (%)	Excessiva- mente longo N (%)	
	0 (0)	3 (100)	0(0)	0(0)	0 (0)	

Nota: *Perguntas consideradas válidas apenas para participantes que preencheram versão completa do questionário.

Avaliação de questões do protocolo e observações gerais

Nº	Observações, críticas e sugestões	Modificações realizadas a partir do piloto
4.	(P1) Dificuldades para encontrar a unidade de saúde na lista	Revisada a lista de unidades de saúde.
7.	(P5) Dificuldade na identificação do tipo de unidade	Ampliada a descrição de cada tipo de unidade
8.	(P8) Dúvida de o porquê GHC ser considerado convênio.	Ampliado número de opções de resposta, com uma instituição empregadora por item.
9.	(P7) Possível constrangimento se a pessoa faltar muito ao trabalho./ Dúvida se trabalho no território se encaixa na questão.	Reformulada a questão para abarcar trabalho no território
Nº	Observações, críticas e sugestões	Modificações realizadas a partir do piloto

10.	(P2) Dúvida sobre preenchimento dos meses ser relevante para quando há anos de atuação	-
11.	(P3/P6) "Atenção Primária" não fica claro (2x)	Expressão substituída por "unidades de saúde em geral"
12.	(P2) Dúvida sobre curso técnico para agentes ser considerado formação específica.	-
14.	(P9) Não há opção para carga horária de 36 horas. Colocar opção de outros ou campo para preencher.	Adicionado campo de "Outros"
18.	(P2) Não identificação de que era campo só para números / (P2/P6) Delimitação por turno de trabalho passou despercebida/ Incluir outros procedimentos que não consultas.	Incluídos visitas domiciliares para o ACS e procedimentos para o técnico ou auxiliar de enfermagem.
19.	(P2) Dúvida sobre se saber de violência a partir de redes sociais poderia ser considerada.	-
20.	(P2) Dúvida sobre se estruturas anexas contam./ (P9) Questão poderia ser de resposta qualitativa, para descrição do que falta ou é problemático.	-
21.	(P9) Questão poderia ser de resposta qualitativa, para descrição do que falta ou é problemático.	-
22.	(P2/P5/P6) "insumos" não fica claro para o ACS. / (P5) Dúvida sobre inclusão de material de expediente./ (P9) Questão poderia ser de resposta qualitativa, para descrição do que falta ou é problemático.	Adicionado termo "material de consumo"
32.	(P4) Dificil identificar a notificação de erro por uso de letras em campo para números.	Adicionada instrução para preenchimento apenas com números. Notificação de erro colocada em letras capitais.
34.	(P9) Questionamento sobre relevância da pergunta para a pesquisa	-
35.	(P9) Questionamento sobre relevância da pergunta para a pesquisa	-
36.	(P1/P5) Não está sendo possível marcar mais de uma opção. / (P5) Pessoas conservadoras podem se incomodar com a pergunta. / (P6) Pergunta de difícil compreensão/ (P7) Invisibilidade às pessoas bissexuais / (P9) Questionamento sobre relevância da pergunta para a pesquisa	Alterada configuração da questão para aceitar mais de uma opção. Alterado texto para tornar compreensão mais fácil.
Nº	Observações, críticas e sugestões	Modificações realizadas a partir do piloto
38.	(P8) Dúvida sobre significado da expressão "atendimento clínico"	Expressão substituída por "consultas".

39.	(P3) Não fica claro o porquê de pedir a unidade de novo. / (P5/P6) Texto não é lido por ser extenso.	Excluído campo que solicitava identificação da unidade de saúde. Texto da questão reduzido e simplificado.
Obs.	(P5) Incluir questão aberta sobre as maiores dificuldades na atuação profissional. / (P7) Questionário longo para ser autoaplicável. Extensão deve ficar mais clara e os profissionais convencidos de preenchê-lo apesar de ser longo./ (P8) Adicionar pergunta em relação à estresse ou pressão em dar supervisão a estagiários ou residentes e sobre comportamento em situação de conflitos com colegas.	Incluída pergunta sobre supervisão. Tempo estimado de preenchimento foi sinalizado no TCLE.

Apêndice B

Panfleto enviado e distribuído para os profissionais de saúde.

Contribua para o conhecimento sobre o estresse em trabalhadores de UBS e ESF

CICOM | UFRGS

Convidamos **você**, profissional de saúde das **Unidades Básicas de Saúde (UBS)** ou **Estratégia de Saúde da Família (ESF)** de Porto Alegre para participar da nossa pesquisa **anônima online** sobre **estresse e fadiga** dos trabalhadores e sua relação com a qualidade do atendimento percebida pelos usuários.


Esperamos que essa pesquisa contribua para a melhoria dos serviços e das condições de trabalho nas unidades de saúde.

Ao final da coleta, você poderá ter uma devolução para seu e-mail particular sobre o seu grau de estresse.

Pesquisador: Mestrando João P. Pinheiro
Orientador: Prof. Dr. Eduardo Remor

Para participar, acesse:




OU
bit.ly/esf-ubs
OU
goo.gl/6NmPAV



Em caso de dúvidas, entre em contato com:
jpinhheiro@ufrgs.br

Conheça mais das nossas pesquisas em:
ufrgs.br/gpps

*Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Secretariado Municipal de Saúde Porto Alegre (CESP SMI) e pela Comissão de Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS (COPESQ).



Apêndice C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: TCLE

Programa de Pós-graduação em Psicologia - UFRGS

Grupo de Pesquisa em Psicologia da saúde – GPPS

Você está sendo convidado a participar da pesquisa *Associação do estresse ocupacional e do Burnout com a empatia em profissionais da atenção primária em saúde de unidades básicas tradicionais e de Estratégias de Saúde da Família*

Sua participação é muito importante para a Atenção Primária em Saúde brasileira!

Objetivo do estudo

Investigar a associação do estresse ocupacional e do *Burnout* com os níveis de empatia autorrelatada pelos profissionais e de empatia percebida pelos usuários em unidades básicas de saúde “tradicionais” e em Estratégias de Saúde da Família

Quem irá participar

Foram convidados a participar enfermeiros(as), médicos(as), técnicos(as)/auxiliares de enfermagem, agentes comunitários(as) de saúde, cirurgiões(ãs) dentistas e auxiliares/técnicos(as) em saúde bucal da APS de Porto Alegre.

Como se dará sua participação e quais cuidados éticos serão tomados

Sua participação é voluntária e se dará por meio de preenchimento de um protocolo de avaliação (questionário) respondido pela internet, com duração prevista de até 30 minutos. Suas respostas pessoais serão mantidas sigilosas, estarão armazenadas nessa plataforma de pesquisa *online* segura (<https://pt.surveymonkey.com/>), disponíveis apenas para os pesquisadores. Uma cópia dos dados será guardada de forma segura pelo grupo de pesquisa (Sala 101) no Instituto de Psicologia durante 5 anos. **Você tem o direito de se retirar do estudo a qualquer momento**, independentemente do motivo, sem quaisquer prejuízos. Essa pesquisa foi submetida à avaliação dos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto de

Psicologia - UFRGS (nº do parecer: 2.007.294) e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (nº do parecer: 2.137.264), e à aprovação da Coordenação Geral da Atenção Básica do município.

Riscos e benefícios

Todos os procedimentos desse estudo obedecem aos princípios de ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os riscos ao participar são mínimos e se referem a você experimentar algum desconforto ao preencher os instrumentos. Nesse caso, a equipe de pesquisa estará à disposição para assistência imediata assim que você entre em contato. Em relação aos benefícios, ao participar, terá uma oportunidade de refletir sobre aspectos relacionados ao seu contexto de trabalho e contribuirá para o avanço no conhecimento sobre saúde do trabalhador, com potencial de melhoria das condições de trabalho e dos serviços de Atenção Primária em Saúde.

Contatos

Para qualquer informação ou dúvida, você poderá entrar em contato com o pesquisador no e-mail *joaopinho85@gmail.com*, pelo telefone (51)995414724, ou poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia, Rua Ramiro Barcelos, 2600, Porto Alegre – RS. Fones: (51)3308-5698 ou (51)3308-5066 (Secretaria Geral do Instituto de Psicologia). E-mail: cep-psico@ufrgs.br.

Consentimento Pós-Informação

Ao clicar sobre o botão “Eu concordo em participar da pesquisa” abaixo, você estará afirmando que concorda em participar do projeto, tendo compreendido as informações acima.

[Eu concordo em participar da pesquisa]

Caso deseje uma cópia desse termo de consentimento, clique aqui (ele ficará disponível para download em uma nova janela do seu navegador)

Muito obrigado por sua participação!

João Paulo Pinheiro (mestrando)

Prof. Dr. Eduardo Remor (orientador)

Apêndice D

Formulário de características sociodemográficas, histórico profissional e contexto de trabalho na unidade

[O TCLE foi numerado pela plataforma como a questão 1]

Dados Profissionais

2. Categoria profissional:

- ☐ Enfermeiro(a)
- ☐ Médico(a)
- ☐ Agente Comunitário(a) de Saúde
- ☐ Técnico(a) ou Auxiliar de Enfermagem
- ☐ Cirurgião(ã) Dentista
- ☐ Técnico(a) ou Auxiliar de Saúde Bucal
- ☐ Outra categoria

3. Em relação aos serviços de saúde onde trabalha:

- ☐ Atua em apenas uma unidade de saúde de Porto Alegre.
- ☐ Atua em apenas uma unidade de saúde de Porto Alegre e em algum(s) outro(s) serviço(s) de saúde.
- ☐ Atua em mais de uma unidade de saúde de Porto Alegre.
- ☐ Atua em mais de uma unidade de saúde de Porto Alegre e em algum(s) outro(s) serviço(s) de saúde.

4. Nome da unidade em que atua em Porto Alegre (opcional): [Lista suspensa]

5. Se atua em mais de uma unidade em Porto Alegre, por favor, indique também o nome da segunda unidade (opcional): [Lista suspensa]

6. Qual a gerência distrital da(s) unidade(s) onde você trabalha em Porto Alegre? (Se mais de uma, marcar todas que se aplicam)

- ☐ NORTE EIXO BALTAZAR

- ☐ () SUL CENTRO SUL
- ☐ () RESTINGA EXTREMO SUL
- ☐ () GLÓRIA CRUZEIRO CRISTAL
- ☐ () LESTE NORDESTE
- ☐ () NOROESTE HUMAITA NAVEGANTES ILHAS
- ☐ () CENTRO
- ☐ () PARTENON LOMBA DO PINHEIRO

7. Em que tipo de unidade(s) está vinculado(a) no município? (Se mais de um tipo, marcar todas que se aplicam)

- ☐ () Unidade apenas com profissionais vinculados a equipe tradicional (UBS)
- ☐ () Unidade apenas com profissionais vinculados a Estratégia de Saúde da Família (ESF)
- ☐ () Unidade com profissionais de Estratégia de Saúde da Família e de equipe tradicional na mesma unidade (ESF + UBS)
- ☐ () Unidade de Saúde Indígena

8. Como se dá seu vínculo profissional?

- ☐ () Via IMESF
- ☐ () Via Secretaria Municipal de Saúde
- ☐ () Via PROVAB
- ☐ () Via Programa Mais Médicos
- ☐ () Via Estado
- ☐ () Via Federação
- ☐ () Via GHC
- ☐ () Via HCPA
- ☐ () Via PUC
- ☐ () Via HED
- ☐ () Via HMD
- ☐ () Outro

9. Você pôde estar trabalhando pelo menos um dia na última semana? (Considere apenas trabalho relacionado à(s) unidade(s) de saúde em que atua em Porto Alegre)

☐ Sim

☐ Não

10. Há quanto tempo atua na área da saúde? (Preencher apenas com números)

ANOS:

MESES:

11. Quanto tempo de atuação possui em unidades de saúde em geral, contando a atual e outras em que já trabalhou? (Preencher apenas com números)

ANOS:

MESES:

12. Há quanto tempo está vinculado à unidade de saúde em que atua hoje em dia em Porto Alegre? (Preencher apenas com números. Se for mais de uma, responda sobre a unidade cujo vínculo é mais recente)

ANOS:

MESES:

13. Possui especialização, residência ou curso técnico específico para atuar em unidades de saúde / Atenção Primária em Saúde?

☐ Sim

☐ Não

14. É coordenador(a) de equipe de unidade de saúde?

☐ Sim

☐ Não

15. Supervisiona ou orienta a atuação de residente ou estagiário(a) na(s) unidade(s) a que está vinculado(a)?

☐ Sim

☐ Não

16. A(s) equipe(s) em que atua está(ão) completa(s)? (Todas as vagas de profissionais estão preenchidas?)

☐ Sim

☐ Não

17. Carga horária semanal de trabalho vinculado à(s) unidade(s):

☐ 20 horas

☐ 30 horas

☐ 40 horas

☐ Outra (Especifique a carga horária semanal no campo abaixo, usando apenas números)

18. Número de consultas, em média, por turno em que faz atendimentos na(s) unidade(s). Técnicos e auxiliares: preencher com média de procedimentos por turno. Agentes Comunitários: preencher com número médio de visitas domiciliares por turno de visita. (Preencher apenas com números. Se for mais de uma unidade, pensar em um número médio considerando ambas).

19. Com que frequência, aproximadamente, você fica sabendo de episódios de violência armada dentro do território de abrangência de sua unidade?

☐ Menos de uma vez por ano.

☐ Pelo menos uma vez por ano.

☐ Pelo menos uma vez a cada seis meses.

☐ Pelo menos uma vez por mês.

☐ Pelo menos uma vez por semana.

20. Em uma escala de 1 a 5, pontue o quanto as condições e o espaço físico da(s) unidade(s) em que atua e seus anexos são adequados para o desempenho de sua função (1 = totalmente inadequado e 5 = totalmente adequado).

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

21. Em uma escala de 1 a 5, pontue o quanto os equipamentos disponibilizados na(s) unidade(s) em que atua estão adequados para o desempenho de sua função (1 = totalmente inadequado e 5 = totalmente adequado).

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

22. Em uma escala de 1 a 5, pontue o quanto os insumos e materiais de consumo disponibilizados na(s) unidade(s) estão adequados para o desempenho de sua função (1= totalmente inadequado e 5 = totalmente adequado).

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

[As questões 23 a 32 referem-se aos itens das escalas]

Dados Pessoais

32. Idade (preencher apenas com números): _____.

33. Raça/Cor:

- ☐ Preto
- ☐ Pardo
- ☐ Branco
- ☐ Amarelo
- ☐ Indígena

34. Ao nascer você foi registrado(a) como:

- ☐ Mulher
- ☐ Homem

35. Marque a opção que melhor define sua identidade de gênero:

(marcar o gênero do qual você se considera)

- ☐ Mulher
- ☐ Homem
- ☐ Mulher transexual
- ☐ Homem transexual

- ☐ Travesti
- ☐ Outro
- ☐ Não quero informar

36. Você se sente atraído(a) por:

(se for o caso, marque mais de uma opção)

- ☐ Mulher
- ☐ Homem
- ☐ Mulher transexual
- ☐ Homem transexual
- ☐ Travesti
- ☐ Outro
- ☐ Não quero informar

37. Caso queira receber uma devolução sobre as respostas que forneceu acima, por favor, digite abaixo seu endereço de e-mail:

Se você é médico(a) ou enfermeiro(a), por favor, responda as duas questões abaixo. Se não for, clique no botão "Concluído", ao fim da página, para enviar suas respostas.

38. Realiza consultas (médicas ou de enfermagem) na unidade de saúde em que atua?

- ☐ Sim
- ☐ Não

39. Por fim, permita que usuários atendidos por você participem da próxima etapa desse estudo, escrevendo seu nome abaixo. A fase seguinte dessa pesquisa será muito importante, pois permitirá investigar como as informações relatadas pelos profissionais se relacionam com as características e percepções do público atendido. Vale lembrar que os seus dados não serão analisados individualmente e todas as suas respostas permanecerão em total sigilo.

Nome completo:

Muito obrigado por sua participação!!

